

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.30.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ГУЛЯМОВА ШАХЗАДА САЙПИДДИНОВНА

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИ БИРЛАМЧИ ТИЗИМИДА ГИПЕРТОНИЯ
КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ
САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

14.00.05 – Ички касалликлар

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БУЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ–2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Гулямова Шахзада Сайпиддиновна Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида гипертония касаллигини даволаш ва профилактикаси самарадорлигини ошириш	3
Гулямова Шахзада Сайпиддиновна Повышение эффективности профилактики и лечения гипертонической болезни на уровне первичного звена здравоохранения	29
Gulyamova Shahzada Saypiddinovna Strengthening the Prevention and Treatment of Hypertension in Primary Healthcare	55
Эълон қилинган ишлар рўйхати Список опубликованных работ List of published works	59

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.30.02 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ГУЛЯМОВА ШАХЗАДА САЙПИДДИНОВНА

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИ БИРЛАМЧИ ТИЗИМИДА ГИПЕРТОНИЯ
КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ
САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

14.00.05 – Ички касалликлар

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БУЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ

ТОШКЕНТ–2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.2.PhD/Tib198 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.tma.uz) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида (www.ziyo.net) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар: Гадаев Абдигаффар Гадаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар: Нуриллаева Наргиза Мухтархановна
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Захидова Машкура Зияматовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот: Андижон давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.30.02 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «_____» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100109 Тошкент, Олмазор тумани, Фаробий кўчаси 2-уй. Тел./факс: (+998 71) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100109, Тошкент шаҳри, Олмазор тумани, Фаробий кўчаси 2-уй. ТТА 2-ўқув бино «Б» корпуси, 1-қават, 7-хона. Тел./факс: (99871) 150-78-14.

Диссертация автореферати 2018 йил «_____» _____ да тарқатилди.

(2018 йил «_____» _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).

А. Л. Аляви

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор, академик

Б. Х. Шагазатова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Л.Т. Даминова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра артериал гипертензияга (АГ) чалинган беморларнинг нафақат ҳаёт сифати балки мотивацияси, иш қобилияти ҳам пасайиб, энг асосийси умр кўриш давомийлиги сезиларли қисқариши исботланган¹. Сайёрамизда бир миллиардга яқин киши АГ билан хасталанган ва бир йилда қайд этиладиган ўлимнинг 7,1 млн.га яқини қон босими билан боғлиқ². Сўнги йилларда дунёда яшовчи катта ёшдаги 20% аҳолида қон босимини кўтарилиши билан боғлиқ муаммолар мавжудлиги ва 2025 йилга бориб бу кўрсаткичлар 29% ошиши кузатилмоқда. Аҳоли орасида касалликнинг даволаш ва олдини олишга қулай шароит яратиш ҳал қилиниши зарур долзарб вазифалардан бири ҳисобланади.

Жаҳонда олиб борилаётган қатор илмий тадқиқотлар гипертония касаллигига (ГК) чалинган беморларга бирламчи тизимда кўрсатиладиган тиббий ёрдам самарадорлигини оширишга қаратилган. Улар ГКга чалинган беморларни дориларсиз ҳамда дорилар билан даволаш тавсиялари самарадорлигини оширишни яъни уларни бошқариб бўладиган хавф омилларини бартараф этишга ва самараси исботланган дориларни мунтазам қабул қилишга риоя қилишлари натижалари тўғрисидаги кузатувларни ўз ичига қамраб олган. Шу сабабли бирламчи бўғинга мослаштирилган, тизимлаштирилган дастур яратиш ва уни амалий тиббиётга тадбиқ этиш бугунги куннинг долзарб масалаларидан бири ҳисобланади. Мазкур дастурда АГнинг хавф омиллари, умумий холестерин, триглицеридлар, юқори ва паст зичликдаги липопротеидлар, глюкозага толерантликнинг бузилиши, ЭКГдаги ўзгаришларни ўрганиш натижасида олинган маълумотларни умумий амалиёт врачлари томонидан икки йиллик кузатишдан сўнг солиштирма таҳлил ўтказишларига алоҳида эътибор берилиши лозим. Олинган натижалар асосида оилавий поликлиника (ОП) ва қишлоқ врачлик пунктлари (ҚВП) шароитида беморларни персонал динамик кузатиш электрон алгоритмини яратиш алоҳида прогностик аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда ҳозирги кунда аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш, жумладан, юрак-қон томир тизими касалликларини ташхислаш, даволаш ва профилактикаси сифатини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини ошириш, тез ва шошилиш тиббий ёрдам тизимини янада ислоҳ қилиш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш,

¹Бутун жаҳондаги ноинфекцион касалликлар ҳолати ҳақида маъруза, 2010 й. Ижро маълумотномаси. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_2010/tu/index.html (мурожаат вақти 26.09.2017).

²Оммавий ахборот воситаси маркази. Бутун жаҳондаги соғлиқни сақлаш статистикаси 2014й.: Ҳаёт давомийлигини узайиши // <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru>.

ногиронликни олдини олиш...»³ вазифалари белгиланди. Шундан келиб чиққан ҳолда, жумладан, юрак қон - томир тизими касалликлари мавжуд беморларда ҳаёт сифатини ҳисобга олган ҳолда артериал гипертензияни олдини олиш усуллари такомилаштириш бўйича тадқиқотларни янада чуқурлаштириш керак.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947 сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чоратадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ҳозирги кунда кўп сонли кузатувлар шуни тасдиқлайдики, барча юрак қон-томир касалликлар орасида АГ бағишланган илмий тадқиқот ишлари етакчи ўринни эгаллайди (27,1%). Бу рандомизирланган назорат тадқиқотлари, шунингдек, тизимли шарҳлар ва мета-таҳлиллар асосида олинган катта ҳажмдаги далилли маълумотлар мавжудлиги билан изоҳланади (Кобалава, Ж. Д, Котовская Ю. В, Моисеев В. С., 2009). 2005-2007 йилларда АҚШда ўтказилган текширишларга кўра ўз-ўзини назорат қилиш тўғрисидаги маълумотларга эга бўлган ва дориларсиз ҳамда дорилар ёрдамида даволанган 146 беморларда систолик ва диастолик қон босими ишончли ($p < 0,001$) даражада яъни 152/89 мм. симоб устунидан 145/85 мм. симоб устунига пасайган (P.J. Elmer et al. – 2006). Замонавий илмий қарашларга кўра, руҳий-эмоционал стресс ҳолати симпато-адренал, гипофизар-гипоталамик тизим ва буйрак усти беши фаолиятини кучайтириб, кейинчалик вазоконстриктор ҳамда вазодилататорлар орасидаги мувозанатни бузилишига олиб келади ва бу АГ кўринишида намоён бўлади (Калинина А.М., 1993). Шунингдек, нотўғри (норационал) овқатланиш ҳам АГ хавф омили ҳисобланиб кузатувларга кўра аҳоли орасида қайд этиладиган умумий ўлимнинг мустақил предикторларидан биридир (Березин, И.И., 2007). Таом таркибида кўп миқдорда мол ва қўй гўшти ҳамда ёғларнинг бўлиши, сабзавот ва меваларни меъеридан кам истеъмол қилиш, 30% юрак қон-томир касалликлари, шу жумладан, АГ келиб чиқишига сабаб бўлади (Кобалава, Ж. Д, Котовская Ю. В, Моисеев В. С., 2009). Қон босими кўрсаткичининг тана вазни индекси (ТВИ) ҳамда овқатланиш хусусиятларига боғлиқлиги аниқланган (Джанашия П.Х., Потешкина Н.Г, Селиванова Г.Б., 2007). Юқорида қайд этилганлар билан бир қаторда ош тузини меъеридан ортиқ истеъмол қилиш, АГ шаклланишида

³Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

муҳим аҳамиятга эга эканлиги ҳозирги вақтда шубҳа туғдирмайди (Песелюгина О.Б., 2012). Бу қатор эпидемиологик текширувларда ҳам ўз тасдиғини топган. АГга чалинган беморларда ош тузига сезувчанликни ошишида миокард нафақат юқори периферик қаршилик балки қон ҳажмини кўпайиши таъсирида ҳам фаолият кўрсатиб яққол чап қоринча гипертрофияси юзага келади (J. E. Bailey et al., 2010). Ҳаёт давомида ош тузи қабул қилишни кунига 100 ммольгача чеклаш 55 ёшда бўлган аҳоли орасида бош мия инсульти юзага келишини 23% камайтириши мумкин. Тамаки чекиш – АГга олиб келувчи ва нисбатан енгил бартараф этиш имконияти бўлган ягона хавф омили ҳисобланади. Чекишни юқори қон босими юзага келиши ва уни зўрайиб бориши таъсирига бағишланган кўп сонли текширувлар ўтказилган. 2003-2013 йилларда ўтказилган Multinational INTERHEART study, WHO MONICA, International Studies of Infarct Survival (ISIS) текширувлари шулар жумласидан, АҚШ АГнинг хавф омилларини ўрганиш бўйича биринчилардан бўлиб ва энг узок муддатли ўтказилган Фремингем текширувларида қон босими даражаси ҳамда янгидан аниқланган ЮИК ўртасида узвий боғлиқлик мавжудлиги қайд этилган. Бунда юрак қон-томир касалликларидан ўлим ҳолатлари систолик ва диастолик қон босими ошишига мутаносиб равишда кўпайиши келтирилган. Маълумки, бундан ташқари 50 ёшдан катта бўлган кишиларда пульс босимини ошиши асосий гемодинамик кўрсаткичлар гуруҳига кириб, бу ўз навбатида юрак қон-томир касалликларида асоратлар юзага келишини етакчи хавф омилларидан бири ҳисобланади. С.А Шальнова ва ҳаммуаллифлар келтирган маълумотларга кўра АГ мавжуд беморларнинг 75% ортиғи ёши 50 дан юқори бўлган шахслардир.

Ўзбекистон ҳам бундан истисно эмас, 2016 йилда 20-30 ёшли эркакларнинг 9,4%, 40 ёшдан ошганларнинг - 35%, 60-65 ёшдан сўнг эса - 50% АГ ривожланган. Аёлларда эса бу кўрсаткич 30 ёшгача – 3,3%, 40 ёшдан 60 ёшгача – 60% ҳолатларда учраган. Республикамизда ва қатор чет эл мамлакатларида ўтказилган тадқиқотларда кўрсатилишича қон босимини самарали пасайтирадиган ва унинг асоратлари ривожланишини олдини оладиган замонавий дори-дармонлар бўлишига қарамасдан, беморларни даволанишга бўлган мойиллиги пастлигича қолмоқда.

Айрим Европа мамлакатларида ва Россия Федерациясида ихтисослаштирилган клиникалар қошида АГга чалинган беморларни махсус дастурлар асосида саломатликларини мустаҳкамлаш ва тиббий савияларини оширишга қаратилган ўқитиш «мактаблари» ташкил этилган. Уларга бағишланган илмий ишлар хулосаларида мактабларда тахсил олган беморларда самараси исботланган антигипертензив дориларни мунтазам қабул қилиш ва соғлом турмуш тарзига риоя этиш ишончли даражада ошган (ESH/ESC., 2013), бинобарин, ҳаёт сифати сезиларли ижобий томонга ўзгарган. Юқорида баён этилганларни барчаси ушбу тадқиқотнинг ва ўз навбатида муаммонинг долзарблигини белгилаб беради.

Диссертация мавзусининг илмий иш бажарилаётган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академиясининг илмий-тадқиқот

ишлари режасига мувофиқ ИДСС 31.1 «Қишлоқ врачлик пункти ва оилавий поликлиника шароитида юрак қон - томир тизими асосий касалликларини кўп омилли профилактикасини такомиллаштириш» (2009-2013 йй) амалий гранти доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинида гипертония касаллигига чалинган беморларни тизимли дастур асосида ўқитиш ёрдамида дориларсиз ва дорилар билан даволаш ҳамда профилактика самарадорлигини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ОП ва ҚВП шароитида ГКга чалинган беморларни даволаш чоратадбирларини ва уларни олиб бориш тамойилларини баҳолаш;

ОП ва ҚВП шароитида ГК билан ҳасталанган беморларни дориларсиз ва дорилар билан даволаш тавсияларига риоя қилаётганлик даражасини баҳолаш;

соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизимига мослаштирилган тизимли (структурланган) дастур ва ГКга чалинган беморларни ўқитиш услубини ишлаб чиқиш ва унинг амалиётга тадбиқ этилишини хавф омилларига, ЭКГ ва биокимёвий кўрсаткичларга (умумий холестерин, триглицеридлар, паст ва юқори зичликдаги липопротеидлар ва глюкозага толерантликни бузилишига) таъсирини очиқ бериш;

беморларни (асосий ва таққослаш гуруҳларидаги) назоратгача ва икки йилдан сўнг даволаш ҳамда профилактика тадбирлари натижалари ва динамик кузатишни солиштирма таҳлилинини ўтказиш;

умумий амалиёт врачлари (УАВ) томонидан ГКга чалинган беморлардаги бошқариладиган хавф омиллари, нишон аъзоларининг зарарланиш даражаси, ассоциацияланган клиник ҳолатларни ва қон босими даражасига таъсир кўрсатувчи бошқа омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиётни бирламчи тизимларида қўлланиладиган персонал динамик кузатиш алгоритминини электрон дастурини яратиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида Тошкент шаҳридаги 32 ҳамда 37-оилавий поликлиникаларда диспансер назоратида турган 236 нафар гипертония касаллигига чалинган I, II ва III босқичдаги беморлар олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида гипертония касаллигига чалинган беморларнинг қон зардоби биокимёвий кўрсаткичлари ва ЭКГ материаллари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот вазифаларини ҳал этиш ва мақсадга эришиш учун ишда умумклиник, инструментал, биокимёвий ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

Беморлар тиббий савиясини ошириш борасида соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида ўтказилган тадбирлар ёрдамида қон босимининг мақсадли даражага эришилиши, хавф омилларини бартараф этиш ва антигипертензив дориларни мунтазам қабул қилиш орасида ўзаро боғлиқликни қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари глюкоза, умумий холестерин, триглицеридлар, паст ва юқори зичликдаги липопротеидлар ижобий таъсир этиш кўрсаткичлари асосида исботланган;

беморларни тиббий савиясини ошириш гипертония касаллигида нишон-аъзоларнинг зарарланиш даражасига хусусан, бош мия, кўз туби, юрак ва қон-томирлар, буйракларнинг асоратларини олдини олиш ҳамда гипотензив дориларни қабул қилишларига ижобий таъсир механизми исботланган;

оилавий поликлиника яъни тиббиётни бирламчи бўғини шароитида беморлардаги мавжуд бошқариб бўладиган ва бошқариб бўлмайдиган хавф омиллари, нишон-аъзолар зарарланиш даражаси ва ассоциацияланган клиник ҳолатларни инобатга олган ҳолда уларни динамик кузатиш жараёни индивидуаллаштириш тизими яратилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

бирламчи тизимдаги тиббиёт муассасаларининг амалий фаолиятида ГКга чалинган беморларни қон босимини мақсадли даражага эришишга ва қоннинг биокимёвий кўрсаткичларини (глюкоза, умумий холестерин, триглециридлар, паст ва юқори зичликдаги липопротеидлар) меъёрлаштиришга имкон яратувчи тактика жорий этилган;

ГКга чалинган беморларни ўз-ўзини назорат қилиш, хавф омилларини бартараф этиш ва уларнинг таъсирини камайтириш ҳамда самараси исботланган антигипертензив дориларни мунтазам қабул қилишларига йўналтирилган тизимли дастур яратилган ва унинг ўрни муҳимлиги аниқланган. Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида ГКга чалинган беморларни персонал динамик кузатиш имкониятини берадиган электрон дастур алгоритми ишлаб чиқилган;

илк бор соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизими шароитида беморларни тиббий савиясини ошириш ва уларни персонал динамик кузатиш, қон босимини мақсадли даражасига эришишни назорат қилиш, аҳоли ўртасида эрта ўлимга сабаб бўлувчи юрак қон-томир касалликларини асоратини олдини олишга имкон яратиши исбот этилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган ёндашув ва усуллар, назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатидан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлари билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг назарий аҳамияти ГКга чалинган беморларда АГнинг мақсадли даражалари ва қоннинг биокимёвий кўрсаткичларининг (глюкоза, умумий холестерин, триглицеридлар, паст ва юқори зичликдаги липопротеидлар) клиник ва прогностик аҳамияти, илмий текширишларнинг методик усулларини такомиллаштириш, бирламчи тизим шароитида юқори қон босими аниқланган беморларни самараси исботланган антигипертензив дори воситалари билан доимий даволашни тизимли динамик кузатиш дастурини қўллашдан иборат.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти соғлиқни сақлашнинг бирламчи тизимида ГКнинг профилактикаси ва даволашнинг самарадорлигини

ошириш борасида тавсия этилган услуб артериал қон босими даражасини, нишон аъзолар (бош мия, кўз туби, юрак ва қон томирлар, буйрак) зарарланишини ишончли назорат қилиш, ушбу касалликнинг оғир асоратларини (миокард инфаркти, бош мия инсульти) олдини олиш имкониятини яратади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида гипертония касаллигини даволаш ва профилактикаси самарадорлигини ошириш бўйича олинган натижалари асосида:

«Гипертонияни бошқариш мумкин ва зарур» услубий қўлланмаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 25 майдаги 8н-д/131-сон маълумотномаси). Мазкур услубий қўлланма бирламчи тизимда ГК мавжуд беморларни қон босимини мақсадли кўрсаткичларига эришиш имконини берган;

Тадқиқот натижалари Тошкент шаҳрининг Яшнобод туманидаги кўп тармоқли марказий поликлиника (илгари 32-сон ОП) ва Чилонзор туманидаги 37-сон ОПда соғлиқни сақлаш амалиётига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 30 июндаги 8н-д/151 сон маълумотномаси). Тадбиқ қилинган натижалар касалликнинг кечиш эҳтимоллигини аниқлаш, соғлиқни сақлашни бирламчи тизимда АГга чалинган беморларни ўз-ўзини назорат қилиши, гипертоник криз ва госпитализатсиялар сонини камайиши ва уларнинг антигипертензив дориларни мунтазам равишда қабул қилишга имконият яратган.

Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида гипертония касаллигини даволаш ва профилактикаси самарадорлигини ошириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Тошкент шаҳрининг Яшнобод туманидаги кўп тармоқли марказий поликлиника ва Чилонзор туманидаги 37-сон оилавий поликлиника соғлиқни сақлаш амалиётига тадбиқ қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 30 июндаги 8н-д/151 сон маълумотномаси). Олинган илмий натижалар касалликнинг кечиш эҳтимоллигини аниқлаш, соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида АГ га чалинган беморларни ўз-ўзини назорат қилиш, гипертоник кризлар ва шифохонага ётишлар сонини камайиши ва уларнинг антигипертензив дориларни мунтазам равишда қабул қилишга имконият яратган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 7 та, жумладан, 4 та халқаро ва 3 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 35 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг фалсафа доктори диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 9 та мақола, жумладан, 8 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 120 саҳифани ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация ишининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсад ва вазифалари, объекти ҳамда предметлари тавсифланган, унинг Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг ишончилиги асосланган, уларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган. Шунингдек, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, ишнинг апробацияси натижалари, эълон қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши ҳақида маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида гипертония касаллигини даволаш ва профилактикасини замонавий талқини»** деб номланган биринчи бобида ГКнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг ҳозирги кундаги ҳолати, патогенези, хавф омилларини тарқалиш даражаси ва уларнинг касаллик кечиши таъсирига бағишланган адабиётлар таҳлил қилинган. Ўрганилиши лозим бўлган масалалар аниқланиб диссертация ишининг долзарблиги асосланган.

Диссертациянинг **«Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида гипертония касаллигини даволаш ва профилактикасини таъминлаш материал ва усуллари»** деб номланган иккинчи бобида объект, предметлар ва тадқиқот ҳамда қўлланилган статистик усуллар атрофлича ёритиб берилган.

ОП (n=54) ва ҚВПларда (n=168) охириги 5 йилда ГК билан назоратда турган ва тасодифий танланган 222 беморларнинг амбулатор карталари ретроспектив таҳлил қилинди. 10 ойлик УАВларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш курсларида ўқиётган Тошкент шаҳри ОП ва вилоятлар ҚВП врачларидан (ўқитишдан олдин n=156; кейин n=119) ҳамда ГК билан диспансер назоратида турган беморларнинг 236 нафаридан сўровномалар ўтказилди. Беморлардан 122 нафари гипертоник мактабига жалб қилинди, 114 нафари эса таққослаш гуруҳини ташкил қилди. Барча беморлар икки йил давомида кузатувда бўлдилар ва уларнинг ҳар иккала гуруҳларидан кузатувдан кейин ҳам сўровномалар ўтказилди.

Асосий гуруҳдаги беморлар ёши 45-71, ўртача $51,75 \pm 1,85$. Улардан эркаклар 36 (29,5%) ва аёллар – 86 (70,4%) кишини ташкил этдилар. Беморларни касаллик босқичи бўйича тақсимланиши қуйидагича: ГК I босқич – 45 (36,8%); ГК II босқич – 62 (50,8%); ГК III босқич – 15 (12,2%). Касалликнинг кризли кечиши 40 ҳолатда (32,7%) кузатилди.

Таққослаш гуруҳидаги (n=114) беморлар одатий кун тартибига амал қилишди ва ОП/ҚВП врачлари томонидан тавсия этилган давони олишди. Беморлар ёши 44-75, ўртача $52,6 \pm 1,62$. Улардан эркаклар 34 (29,8%) ва аёллар – 80 (70,1%). Беморларнинг касаллик босқичи бўйича тақсимланиши қуйидагича: ГК I босқич – 41 (35,9%); ГК II босқич – 61 (53,5%); ГК III босқич – 12 (10,5%). Касалликнинг кризли кечиши 37 ҳолатда (32,4%) кузатилди.

Гипертониклар мактабида ўқитилган асосий гуруҳ беморларда юрак қон-томир касалликлари асорати: ўрта хавфи – 46 (37,7%) да; юқори хавфи – 63

(51,6%) ва ўта юқори хавфи 14 (11,4%) кузатилди. Таққослаш гуруҳида эса ўрта хавфи – 41 (35,9%); юқори хавфи – 62 (54,3%) ва ўта юқори хавфи 11 (9,6%) учради. Иккала гуруҳ беморларида ҳам юқори ва ўта юқори хавф 60%дан кўпроқни ташкил қилди.

Симптоматик яъни иккиламчи АГни ва нишон аъзолари зарарланиш даражасини аниқлаш учун тадқиқотга жалб қилинган беморлар кўрсатмалардан келиб чиқиб қуйидаги комплекс клиник ва лаборатор-асбобий текширувлардан ўтказилдилар: липид спектри, АЛТ, АСТ, умумий билирубин, сийдик кислотаси, креатинин, умумий оксил, коагулограмма ва электролитлар. Уларнинг барчасида ЭКГ, кўз туби текшируви, ЭхоКГ, буйрак ва буйрак усти беши, қалқонсимон без ва қорин бўшлиғи аъзолари ультратовуш текширувлари амалга оширилди. Ишлаб чиқилган тизимли дастур асосида 10-12-14 нафардан иборат ёши ва маълумотига кўра гуруҳлар тузилди - интерактив ўқитиш усулида дарслар олиб борилди. Дарс жараёнида мультимедиа, плакат, буклет ва амалий куникмаларни (тана вазни индексини аниқлаш, АҚБ ўлчаш, у ўткир кўтарилганда ўз - ўзига ёрдам бериш учун аптечкадан фойдаланиш) ўргатишда керакли жиҳозлардан фойдаланилди.

Юрак етишмовчилиги (ЮЕ) бор беморларга умумқабул қилинган стандарт даво-чоралари, инфарктдан кейинги кардиосклероз, стенокардияси бор беморларга 8 соат ва ундан ортиқ вақт таъсир қилувчи β-адреноблокаторлар (БАБ) тавсия қилинди, 2-тур қандли диабет бор беморларга ангиотензин айлантурувчи фермент ингибиторлари (ААФИ) буюрилди. Ёши катта, стенокардия билан бирга оёқлар артериясининг облитерирланган артеросклерози бор беморларга кальций антагонистлари (КА) тавсия этилди. ААФ-ингибиторларига қарши кўрсатмаси бор беморларга ангиотензин рецепторлари антагонистлари (АРА) буюрилди. Қисқа вақт таъсир этувчи гипотензив воситалардан эса (капотен, коринфар, фармодипин) биринчи ёрдам сифатида фойдаланиш айtilди.

Ўтказилган тадқиқотларнинг натижаларига статистик ишлов беришда MS. Excel (2010) пакетли компьютер дастуридан фойдаланилди. Барча жадвалларда келтирилган кўрсаткичларнинг ўртача арифметик ва стандарт оғишлари ($M \pm m$) ҳисобланди. Гуруҳлар ўртасидаги тафовутлар ишончилиги Стьюдент мезонларини тоқ ва жуфт фарқларини қўллаш орқали аниқланди. Электрон дастурни яратишда техник топшириқ ишлаб чиқилиб киритиладиган кўрсаткичлар ва уларни сақлаш учун маълумотлар базасидан фойдаланилди. Бунда дастурни асосий қисми ва кўриниши Borland Delphi 7 дастурлаш тили ва дастуридан, маълумотлар базаси эса MySQL Server 5+ серверидан фойдаланилди. Яратилган дастур персонал компьютер ва тармоқ орқали ҳам ишлаши мумкин. Бундан тармоқдаги персонал компьютерлардаги клиент-дастурига ҳар бир умумий амалиёт врач ўзига тегишли логин ва пароль орқали киради ва бемор ҳақидаги маълумотларни киритади, барча ахборотлар сервер компьютердаги маълумотлар базасида сақланиб борилади.

Диссертациянинг «**Шахсий текшириш ва кузатиш натижалари**» деб номланган учинчи бобида олинган кўрсаткичларнинг муҳокамаси келтирилган. Бунда ОП (n=54) ва ҚВП (n=168) лардаги амбулатор карталарни хавф омиллари

бўйича ретроспектив таҳлилида қуйидаги натижалар олинди: наслий мойиллик ОП 34 (62,9%)/ҚВП 88 (52,3%) ҳолатларда, сигарет чекиш – ОП 16 (29,6%)/ҚВП 47 (27,9%), ортикча тана вазни – ОП 18 (33,3%)/ҚВП 35 (20,8%), спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш – ОП 9 (16,6%)/ҚВП 37 (22,0), гиперхолестеринемия ОП 21 (38,8%)/ҚВП 43 (25,6%), камҳаракатлик – ОП 25 (46,2%)/ҚВП 57 (33,9%), стресс ҳолатлар – ОП 38 (70,3%)/ҚВП 115 (68,4%) мос равишда ташкил этди.

Ретроспектив таҳлил жараёнида наслий мойиллик, стресс ҳолатлар, ортикча тана вазни, камҳаракатлилик каби хавф омиллари кўпроқ учради. Шунингдек, ОП/ҚВПларнинг кўпгина амбулатор карталарида дори-дармонсиз даволаш тамойилларига тўлиқ амал қилмаслик аниқланди. Жумладан, ош тузини чегаралаш 35 (64,8%) ОП врачлари томонидан ва 53 (31,5%) ҚВП врачлари томонидан, $p < 0,001$, аутотренинг 24 (44,4%) ва 64 (38,0%), ёғ истеъмолини камайтириш 31 (57,4%) ва 71 (42,2%), $p < 0,001$, суюқлик истеъмолини кунлик 1,0-1,5 л.гача чегаралаш 25 (46,2%) ва 54 (32,1%), $p < 0,001$, семизликда тана вазнини камайтириш 37 (68,5%) ва 71 (84,5%), $p < 0,001$, мунтазам жисмоний машқлар билан шуғилланишни тавсия қилиш 37 (68,5%) ва 67 (39,8%), $p < 0,001$ мос равишда тавсия этилган.

Амбулатор карталарни ўрганиш жараёнида биз умумқабул қилинган гипотензив дорилар ва уларни буюрилиш қоидаларига эътиборни қаратдик. Бунда ОП врачлари БАБни 44,4%, ҚВП шифокорлари 8,9%, диуретикларни 35,1% - 10,7%, КА - 24% ОПда ва 5,9% ҚВПда, ААФ-и 51,8% ва 42,2% ҳолларда мос равишда буюришган.

Самараси исботланган антигипертензив воситаларни тавсия қилиниши билан бир қаторда УАВ томонидан ГКни даволаш стандартига кирмаган - магний судьфат, дибазол, папазол, адельфан, раунатин, папаверин, но-шпа каби дорилар ҳам буюрилган. Улар аниқ бўлмаган режа ва давомийликда тавсия қилинган.

Амбулатор карталарни таҳлили шуни кўрсатдики, антигипертензив дориларни мунтазам тавсия қилиш ОП врачлари томонидан 35 (64,8%) ва ҚВП врачлари томонидан 30 (17,8%), қисқа курсларда тавсия қилиш – 19 (35,1%) ва 138 (82%) мос равишда аниқланди, улар ўртасидаги фарқ ҳар иккала ҳолатда ҳам юқори ишончли ($p < 0,001$).

Олинган натижалар УАВлари ГКни дориларсиз ва самараси исботланган дорилар билан даволаш тамойилларига тўлиқ риоя қилмасликларини кўрсатди.

Ўн ойлик курсларда ўқиётган ОП/ҚВП врачларини аноним сўровномаси ўтказилганда - ўқитишдан олдин 156 врачни (ОП $n=63$; ҚВП $n=93$), ўқитишдан кейин 119 (мос равишда 52 ва 67) ГК хавф омилларига етарли баҳо берилмаганлиги ва бартараф қилинмаганлиги аниқланди.

Шуни айтиш керакки, ўқитишдан кейин хавф омилларига эътибор берадиган ва уларни бартараф қиладиган врачлар сони, ишончли кўпайди ($p < 0,001$). Масалан, ош тузи истеъмолини камайтириш, ўқитилишгача, ОПларда 46,0% ва ҚВПларда 30,1% врачлар тавсия қилган бўлса, ўқитилишдан кейин бу кўрсаткич 92,3% ва 76,1%га тенг бўлди, тана вазнини камайтиришни ўқишгача 26,9% ва 15,0%, ўқитилишдан кейин 96,1% ва 85,0%, ёғ маҳсулотлари

истеъмол килишни камайтириш ўқишгача 20,6% ва 16,1%, ўқишдан кейин 94,2% ва 43,2% мос равишда тавсия қиладиган бўлдилар.

Маълумки, умум қабул қилинган стандартларга кўра АГни даволашда қуйидаги дори гуруҳларидан фойдаланиш тавсия этилган - тиазидли диуретиклар, БАБлар, ААФИлари ёки АРА ва КАлари.

Шифокорлар орасида ўтказилган сўровнома ва амбулатор карталарнинг таҳлили улар ГКга чалинган беморларга қатор ҳолларда самараси исботланмаган гипотензив дориларни тавсия этаётганликлари аниқланди.

Бизнинг таҳлилларимиз УАВларини ўқитиш жараёнида ГКга чалинган беморлардаги хавф омилларини аниқлаш, уларни бартараф этиш ҳамда самараси исботланган антигипертензив дори гуруҳларини индивидуал ёндошган ҳолда буюриш ва қабул қилишни мунтазамлига алоҳида эътибор бериш керак.

Тадқиқотимизни кейинги босқичида ОП ва ҚВПларида ГК билан диспансер назоратида турган 236 нафар беморлар сўровномага жалб қилинди. Улардан биринчи гуруҳи 122 кишини ташкил этиб барчаси гипертониклар мактабига ўқишга жалб қилинганлардан иборат эди. Қолган 114 бемор таққослаш гуруҳини ташкил этди. Ҳар иккала гуруҳдагилардан 24 ойдан кейин қайта сўровнома ўтказилди. Унинг натижалари 1-жадвалда келтирилган.

Олинган сўровнома натижалари ГКга чалинган беморларни тиббий савиясини ошириш ва қатор амалий кўникмаларга ўргатиш зарурлигини кўрсатади. Ушбу мақсадда ташкил этилган гипертониклар мактаби уларни АҚБ ўткир кўтарилганда ўз - ўзига ёрдам беришга, АҚБни мақсадли кўрсатгичда ушлаб туришда дориларсиз усуллардан фойдаланишга ва гипотензив дориларни қабул қилиш қоидаларига риоя қилишга ўргатади.

1-жадвал ва унинг таҳлилидан кўриниб турибдики, ўқишга жалб қилинган беморлар ГКнинг хавф омиллари ва амалий кўникмалари бўйича ўз савияларини оширишди ($p < 0,001$) ва АГ назорати сифатини яхшилашга эришилди.

Жадвалда келтирилган маълумотларнинг батафсилроқ солиштирма таҳлили шуни кўрсатдики, АҚБ ўткир кўтарилганда беморни ўз - ўзига ёрдам бера олиши гипертониклар мактабида ўқитилгунча 21 (17,2%) киши «ҳа», 101 (82,7%) беморлар - «йўқ» деб жавоб беришган. Ўқув курси ўтилгач «ҳа» 120 (98,3%); «йўқ» - 2 (1,6%) кишини мос равишда ташкил этган. Таққослаш гуруҳида бу кўрсатгич (дастлабки ҳолатда «ҳа» – 20,1%, «йўқ» - 79,8% ва 2 йилдан кейин «ҳа» – 25,0%, «йўқ» - 75,0%, $p < 0,05$) сезиларли фарқ қилмади.

«АҚБни ўлчаб, томир уриши (пульс) сонини мустақил санай оласизми?» деган саволга жавоб асосий гуруҳ беморлари томонидан гипертониклар мактабида ўқитилгунча «ҳа» 36,8% ва 6,5%, «йўқ» 63,1% ва 93,4% мос равишда ташкил этди. Ўқитилгандан сўнг барча беморлар АҚБни ўлчаш ва томир уришини санашни ўрганиб 100% «ҳа» - деб жавоб беришди. Таққослаш гуруҳида эса бу кўрсатгичлар деярли дастлабки ҳолатда қолди ($p < 0,05$). Улар «АҚБни ўлчаб, томир уриши (пульс) сонини мустақил санай оласизми?» деган саволга «ҳа» деб 34 (29,8%) ва 6 (5,2%) ҳолларда, «йўқ» деб 80 (70,1%) ва 108

(94,7%) ҳолларда, 2 йилдан сўнг эса «ҳа» деб 41 (36,6%) ва 6 (5,3%) ҳолларда, «йўқ» деб - 71 (63,3%) ва 106 (94,6%) ҳолларда мос равишда жавоб бердилар.

1-жадвал

Гипертониклар мактабида ўқитилган (асосий гуруҳ) ва ўқишга жалб қилинмаган (таққослаш гуруҳи) беморларни дастлаб ва 24 ойдан кейин ўтказилган сўровномалари натижаларининг солиштирма таҳлили

Берилган саволлар	Асосий гуруҳ ўқитишгача (n=122)		Асосий гуруҳ ўқитишдан кейин (n=122)		Таққослаш гуруҳи дастлабки маълумотлар (n=114)		2 йилдан кейин (n=112)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>АҚБ ўткир кўтарилганда ўзингизга ёрдам бера оласизми?</i>								
• Ҳа	21	17,2	120	98,3	23	20,1	28	25,0
• Йўқ	101	82,7	2	1,6	91	79,8	84	75,0
<i>АҚБни мустақил ўлчаёт оласизми?</i>								
• Ҳа	45	36,8	122	100,0	34	29,8	41	36,6
• Йўқ	77	63,1	-	-	80	70,1	71	63,3
<i>Томир уришлари сонини мустақил аниқлай оласизми?</i>								
• Ҳа	8	6,5	122	100	6	5,2	6	5,3
• Йўқ	114	93,4	-	-	108	94,7	106	94,6
<i>Сизнингча, ортиқча тана вазни АҚБ кўрсаткичларига таъсири борми?</i>								
• Ҳа	28	22,9	122	100	29	25,4	34	30,3
• Йўқ	67	54,9	-	-	44	38,5	40	35,7
• Билмайман	27	22,1	-	-	41	35,9	38	33,9
<i>АҚБ кўрсаткичи ёшга қараб ўзгарадими?</i>								
• Ҳа	24	19,6	122	100,0	21	18,4	29	25,8
• Йўқ	29	23,7	-	-	32	28,0	24	21,4
• Билмайман	69	56,5	-	-	67	58,7	59	52,6
<i>ГКнинг ўткир ва сурункали асоратларини биласизми?</i>								
• Ҳа	87	71,3	122	100,0	79	69,2	80	71,4
• Йўқ	35	28,6	-	-	35	30,7	32	28,5
<i>ГКда дориларни қандай қабул қиласиз?</i>								
• Доимий	14	11,4	101	82,7	12	10,5	29	25,8
• АҚБ ошганда	89	72,9	11	9,0	79	69,2	67	59,8
• Қисқа курслар билан (10-14 кун)	19	15,5	-	-	23	20,1	16	14,2

Мактабда ўқитилган беморлар гуруҳида антигипертензив дориларни қабул қилиш таҳлил қилинганда куйидаги кўрсаткичлар аниқланди: ўқитишгача «доимий» дори қабул қилганлар – 11,4%, «вақти-вақти билан» - 72,9%, «қисқа курслар билан» - 15,5%. Ўқитиш курсидан сўнг қайта сўровнома ўтказилганда 122 бемордан (ишончлилиқ $p < 0,001$) 82,7% дорини «доимий» қабул қила бошлади ва «вақти-вақти билан» АҚБ кескин кўтарилганда дори қабул қиладиган беморлар сони 9,0% ни ташкил қилди.

Сўровнома солиштирма таҳлиliga кўра мактабда ўқитилмаган таққослаш гуруҳ беморлари АҚБ кескин кўтарилганда ўз - ўзига ёрдам бериш ва АҚБни мустақил назорат қилиш кўникмаларига эга эмаслиги аниқланди. Бундан ташқари, улар назоратгача антигипертензив дорилар қабул қилишнинг асосий қоидалари (мунтазам ва доимийлик)га риоя қилмасликлари кузатилди. «Дорини қачон ва қандай қабул қиласиз?» деган саволга «доимий» деб – 12(10,5%), «вақти вақти билан» – 79(69,2%), «қисқа курслар билан» – 23(20,1%) мос равишда жавоб беришди.

Шунингдек, «Ортиқча тана вазнини АҚБ кўрсаткичларига таъсири борми?», «АҚБ кўрсаткичи ёшга қараб ўзгарадими?» ва «ГКнинг ўткир ва сурункали асоратларини биласизми?» деган саволларга ҳам гипертониклар мактабига қатнаган беморлар ўқиш жараёни яқунлангандан сўнг ишончли ижобий жавоб бердилар. Таққослаш гуруҳидагиларда эса кўрсаткичлар деярли ўзгаришсиз қолди.

Юқоридагиларни таҳлил қилган ҳолда, шуни айтиш мумкинки, беморларни тиббий савиясини ошириш тиббиётни бирламчи бўғинида ГКни олдини олиш бўйича олиб бориладиган профилактика чора-тадбирларининг асосий негизини ташкил қиладди.

УАВлари ГКга чалинган беморларга касаллик хавф омиллари, ўткир ва сурункали асоратларнинг ривожланиш хавфи ҳақида маълумот беришлари, уларни қатор амалий кўникмаларга ўргатишлари, дориларсиз ҳамда самараси исботланган дорилар билан доимий даволанишнинг фойдаси ҳақида тушунтиришлари керак.

Беморлар ГКнинг профилактикаси ва асоратларини олдини олиш қоидалари ҳақида маълумотга эга бўлсаларгина ўз соғлиқларига маъсулиятни ҳис этадилар ва бу тўғри даволанишга риоя қилишларига олиб келади. Тиббиётни бирламчи тизимида ГКга чалинган беморлар учун «Тизимли ўқитиш дастури»ни жорий этилиши уларнинг билим савияларини ошириш, амалий кўникмаларни ўрганиш, ўз соғлигини назорат қилишларида муҳим ва зарур усул ҳисобланади.

ГКга чалинган беморларни даволашда касаллик клиник кечиши хусусиятлари, дорилар қабул қилиш режаси, гуруҳи ва миқдорини танлашдан ташқари беморларни даволанишга риоя қилиши яъни УАВ томонидан буюрилган тавсияларни тўлиқ ва тўғри бажариши муҳим аҳамиятга эга.

Кейинги босқичда гипертониклар мактабида тахсил олган асосий (ўқишдан олдин ва ундан 2 йил кейин) ва таққослаш гуруҳидаги беморларда қатор бошқариладиган хавф омилларини ўзгариш динамикасини таҳлил қилдик ва улар 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Тиббиётнинг бирламчи бўғинига мослаштирилган «Тизимли ўқитиш дастури» асосида ўқитилган беморлардаги бошқариладиган хавф омилларини ўзгариш динамикаси

Юрак-қон томир касалликларини хавф омиллари	Дастлабки маълумотлар ўқитилгунча (n=122)		Ўқитишдан 2 йилдан сўнг (n=122)		ρ	χ ²
	абс	%	абс	%		
<i>Ош тузини 5-6 г ортиқ истеъмол қилиши</i>	10	8,1	3	2,4	p<0,001	8,34
<i>Чекиш</i>	13	10,6	5	4,0	p<0,001	7,95
<i>Спиртли ичимликларни суистеъмол қилиши</i>	11	9,0	-	-		
<i>Умумий холестерин >5,2 ммоль/л</i>	26	21,3	13	10,6	p<0,001	11,24
<i>Триглицеридлар >2,0 ммоль/л</i>	24	19,6	14	11,4	p<0,001	8,34
<i>Паст зичликдаги липопротеидлар >3,0 ммоль/л</i>	69	56,5	33	27,0	p<0,001	14,3
<i>Юқори зичликдаги липопротеидлар <1,0 ммоль/л</i>	42	34,4	24	19,6	p<0,001	10,32
<i>Глюкозага толерантликни бузилиши</i>	12	9,8	2	1,6	p<0,001	6,92
<i>Чап қоринча гипертрофияси</i>	83	68,0	83	68,0	p>0,05	15,52
<i>Тана вазни индекси 25 кг м²дан ортиқ</i>	59	48,3	41	33,6	p<0,001	11,63
<i>Камҳаракатлилик</i>	85	69,6	37	30,3	p<0,001	15,30

Маълумки, ош тузини суистеъмол қилиш ва тамаки чекиш АҚБ ошишига олиб келувчи омиллар ҳисобланади. 2-жадвалда келтирилганидек асосий гуруҳда ўқишдан олдин ва кейин ош тузи истеъмоли ва чекишни камайтирган беморлар сони мос равишда 8,1%дан 2,4% гача, 10,6% дан 4% гача ишончли камайтиди (p<0,05). Таққослаш гуруҳида эса бу кўрсаткичлар мос равишда 7% дан 7,1% ва 9,6% дан 9,8% га кўпайган. Шунингдек, қатор бошқа хавф омиллари кўрсаткичлари ҳам (спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш 9%дан 0%га, умумий холестерин 21,3%дан 10,6%га, триглицеридлар 19,6%дан 11,4%га, паст зичликдаги липопротеидлар 56,5%дан 27%га, юқори зичликдаги липопротеидлар 34,4%дан 19%га, тана вазни индекси 48,3%дан 33,6%га, глюкозага толерантлик бузилиши 9,8%дан 1,6%га, камҳаракатлилик 69,6%дан 30,3%га) ўқитиш дастурига қатнашган беморлар сони ишончли (p<0,001) ижобий томонга ўзгарди. 2-жадвалда келтирилганидек хавф омиллари орасида ўқишга қатнашган беморлар сони чап қоринча гипертрофияси кузатилганларда ўзгаришсиз қолди. Назорат гуруҳида эса бошқариладиган хавф омиллари динамикасида ишончли ўзгаришлар аниқланмади. Юқоридагилар билан бир қаторда 3-жадвалда келтирилганидек гипертониклар мактабида ўқитилган беморларда касалликнинг клиник кўринишида ҳам ишончли ўзгаришлар қайд

қилинди. Бош айланиши ва бош оғриғига шикоят қилган беморлар сони мос равишда 34,4% ва 74,5%дан ҳар иккала ҳолатда 4%, жисмоний ҳаракатда ҳансираш 13,1%дан 4,9%га камайди ($p<0,001$). ЮИК (I ФС, II ФС) 51 (41,8%), ҳамда ритм бузилиши кузатилган беморлар сони 14 (11,4%) ўзгаришсиз қолди.

3-жадвал

«Гипертониклар мактаби»да ўқитилган ва ўқитилмаган беморларнинг 2 йил мобайнида субъектив ва объектив кўрсаткичларининг ўзгариши

Клиник симптомлар	Асосий гуруҳ ўқитилгунча (n=122)		Асосий гуруҳ ўқитилгандан кейин (n=122)		p	Таққослаш гуруҳи дастлабки кўрсаткичлар (n=114)		2 йилдан сўнг (n=112)		p
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%	
<i>Бош айланиши</i>	42	34,4	5	4,0	$p<0,001$	41	35,9	39	34,8	$p>0,05$
<i>Бош оғриши</i>	91	74,5	5	4,0	$p<0,001$	86	75,4	81	72,3	$p>0,05$
<i>Жисмоний ҳаракатдаги ҳансираш</i>	16	13,1	6	4,9	$p<0,001$	9	7,8	9	8,0	$p>0,05$
<i>Зўриққиш стенокардияси кузатилмаган</i>	71	58,1	71	58,1	$p>0,05$	70	61,4	62	55,3	$p>0,05$
<i>I ФС</i>	30	24,5	33	27,0	$p>0,05$	25	21,9	22	19,6	$p>0,05$
<i>II ФС</i>	21	17,3	18	14,7	$p<0,05$	19	16,6	28	25,0	$p<0,001$
<i>Юрак ритми бузилиши</i>	14	11,4	14	11,4	$p>0,05$	15	13,1	21	18,7	$p<0,001$

Икки йил давомида кузатувда бўлган таққослаш гуруҳидаги беморларда бош айланиши 35,9%дан 34,8%га, бош оғриш ҳолатлари 75,4%дан 72,3%га ишончсиз камайди ($p>0,05$). Шу билан бир вақтда II ФС стенокардия билан касалланганлар сони 16,6%дан 25,0%га кўпайди ($p<0,001$), ритм бузилиш ҳолатлари 13,1%дан 18,7%га ($p<0,001$) ошди, шундан, хилпилловчи аритмия 3,5%га, суправентрикуляр аритмия 4,4%га ва қоринчалар экстрасистолияси 6,2%га кўпайганлиги қайд этилди.

Гипертониклар мактабида ўқитилган беморлар узоқ таъсир қилувчи дорилар қабул қилишни ишончли ($p<0,001$) кўпайтиришди. ААФ ингибиторларини ўқишгача 19,6%, 2 йилдан кейин 91,8% беморлар қабул қила бошладилар. БАБларни қабул қиладиганлар сони 29,5%дан 39,3%га, КА 6,5%дан 59,0%га, диуретиклар 13,1%дан 66,3%га мос равишда ишончли кўпайди, АРА гуруҳидаги дориларни қабул қилиш ўқишгача 5,7% ташкил қилган бўлса 2 йилдан кейин 13,1% га ошди ($p<0,001$).

Маълумки, ГКни муолажалари мунтазам ва аксарият ҳолларда умрбод олиб борилади. Чунки уларни қабул қилишни тўхтатиш АҚБни кескин ошишига олиб келади. АҚБ бир йил давомида турғун меъёрлашган ва ҳаёт тарзини ўзгартириш тамойилларига амал қилган, паст ва ўрта хавфга эга

беморларда гипотензив дорилар сони ва/ёки миқдорини камайтириш мумкин. Бундай ҳолатларда АҚБни қайта ошганлигига ишонч ҳосил қилиш учун уни амбулатор мустақил мониторингини ўтказиш талаб қилинади.

Биз 118 (96,7%) кузатувимиздаги беморларни АҚБни мустақил назорат қилиш ва назорат кундалиги юритиш ҳамда биринчи қатор гипотензив дориларни мунтазам қабул қилишга риоя этилишларига эришдик. Қайд этилганлар билан бир қаторда шифокор ва беморлар ўртасидаги ўзаро мулоқат ижобий томонга ўзгарди. Улардан 51 бемор кунига 8 мартагача (41,8); 35 бемор (28,6%) кунига 6 мартагача; 22 бемор (18,0%) кунига 4 мартагача, 10 бемор 2 мартадан (8,1%) монанд даво танланганга қадар 3 кун давомида АҚБни ўлчаб туришди. Бундай ёндошиш ҳар бир бемор учун алоҳида дорилар билан даволаш тавсияларни ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Икки йил давомидаги кузатувда АҚБ кўрсаткичини мақсадли тушишига эришилиши беморларни соғлиқни сақлашни бирламчи тизимига мослаштирилган дастур асосида ўқитилиши билан узвий боғлиқ. Чунки таққослаш гуруҳида деярли барча ҳолларда систолик ва диастолик АҚБнинг 2 йил мобайнида тушиш даражаси 5%дан ошмади ва ўзгариш ишончсизлигича ($p > 0,05$) қолди.

ЭКГ таҳлилида асосий гуруҳда айрим гипотензив дориларнинг ноўя таъсирини белгиловчи PQ, QRS, QT интерваллари кўрсаткичларида салбий ўзгаришлар аниқланмади. Икки йилдан сўнг асосий гуруҳда ST сегментининг депрессияси камайганлиги (ўқитишдан олдин 12 беморда 9,8%, ўқитилгандан сўнг 2 беморда 1,6%) кузатилди.

Таққослаш гуруҳида икки йилдан кейин ЭКГнинг динамик кўрсаткичлари ишончли ($p < 0,001$) ўзгарганлиги қайд этилди. Ҳилпилловчи аритмия (4 беморда, 3,5%), ST сегменти депрессияси (16 беморда, 14,2%), суправентрикуляр (5 бемор, 4,4%) ва қоринчалар экстрасистолияси (7 беморда, 6,2%) каби ўзгаришлар аниқланди. АҚБ негизида пайдо бўлган ST сегменти депрессияси эса миокард ишемияси юзага келганлигини кўрсатди.

Шунингдек, биз «Гипертониклар мактабида» ўқитилган беморларнинг асосий кўрсаткичларини ўқишгача ва икки йилдан кейинги кўрсаткичларини солиштирма таҳлилинини ўтказдик.

Асосий гуруҳдаги беморларда ГК хавф омилларини билиш даражаси ошганлиги (45,9% дан 99,1%га), улар ўзларида АГ борлигини билиши (54,0% дан 99,1%га), даволанишга риоя қилишларининг яхшиланиши (71,3%дан 98,3%га), дорилар ёрдамида АҚБ мақсадли кўрсаткичига эришишлари (11,4дан 82,7%га) ишончли даражада яхшиланганлиги кузатилди ($p < 0,001$). Касаллик кечишида гипертоник кризлар ва беморларни шифохонага ётқизилиши (32,7%дан 3,2%га, $p < 0,001$) ҳамда гипотензив дори воситаларни ноўя таъсирлари ишончли равишда камайиши (31,1%дан 4,0%га, $p < 0,001$) қайд этилди.

Таққослаш гуруҳи билан солиштирганда икки йилдан сўнг уларда ҳам айрим ижобий ўзгаришлар кузатилди. Беморлар АҚБни кўпроқ назорат қила бошладилар (21,9%дан 28,5%га), монанд дорилар танлаш яхшиланди (10,5%дан 25,8%га), лекин асосий хавф омиллари ҳақидаги билимлари ва даволашга риоя

қилишлари пастлигича қолди (33,9%; 22,3% мос равишда), гипертоник кризлар сонини камайиши ишонарсиз бўлди (33,0%; 36,8% мос равишда, $p>0,05$).

Юқорида келтирилган барча маълумотлар ишонарли равишда гипертониклар мактабида ўқиган ва ўқимаган беморларнинг клиник ҳолатига таъсир қилганлигини кўрсатди. Асосий гуруҳда 96,7% (118) беморлар умумий аҳволининг турғунлашуви (хуружнинг йўқлиги) ва АҚБ 82,7% (101) беморларда мақсадли даражага эришилиши кузатилди. ГКнинг III босқичидаги беморларнинг 3,2% (4) гипертоник кризлар такрорланди.

Шундай қилиб, беморларни ўқитиш дастурларига қатнаши уларнинг руҳий ҳолатларига ижобий таъсир қилади. Уй шароитида АҚБни мустақил мониторинги гипотензив дориларни монанд танлашга ва уларнинг самарадорлигини кузатишга ёрдам беради ҳамда даволанишга риоя қилишлари яхшиланади. Бу эса ГКга чалинган беморларни аҳволини яхшиланишига олиб келади. Таққослаш гуруҳида, узоқ давом этувчи АГ ва антигипертензив дориларни тартибсиз қабул қилиниши, бошқариладиган ва бошқарилмайдиган хавф омилларининг борлиги касаллик ривожланишида салбий таъсир кўрсатади.

Гипертониклар мактабига қатнамаган таққослаш гуруҳидаги беморларда юқори АҚБнинг узоқ муддат кузатилиши (ўртача $8,9\pm 0,48$ йил), гипотензив дориларни мунтазам қабул қилмаслик, бошқариладиган ва бошқариб бўлмайдиган хавф омилларининг бўлиши касаллик кечишига сезиларли салбий таъсир кўрсатди. Ушбу гуруҳдаги ГКнинг II ва III босқичи мавжуд бўлган беморларда ишонарли бўлмаса ҳам аҳволларининг ёмон томонга ўзгариши қайд этилди. Бу ўзгаришлар гипертоник кризлар (37 бемор 33,0%), миокард инфарктининг ривожланиши (5 бемор 4,4%), бош мия инсультлари (4 бемор 3,5%) кўринишида намоён бўлди. Улардан иккитаси оламдан ўтди.

Диссертациянинг «**Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида гипертония касаллигига чалинган беморларни персонал динамик кузатиш алгоритмини электрон дастури яратиш**» деб номланган тўртинчи бобда унинг яратилиш сабаблари, илғор технологияларни қўллашнинг ижобий томонлари ҳамда имкониятлари батафсил ёритилган. Унинг яратилишига сабаб тадқиқотимиздаги олинган маълумотларга кўра (диспансер кузатувидаги ГКга чалинган беморлар амбулатор карталарининг ретроспектив таҳлили, УАВ орасида ушбу гуруҳ беморларини олиб бориш ва даволаш тўғрисида ўтказилган сўровнома ва беморларда ўтказилган анкеталарга жавоб ҳамда уларни ўқитиш натижалари) бирламчи тизим шифокорлари ГКга чалинган беморларни мунтазам кузатиш ва соғломлаштириш тамойилларига етарлича амал қилмайдилар. Бинобарин, юрак қон-томир касалликларига олиб келувчи бошқариб бўладиган хавф омилларини доимий кузатиш ва бартараф этиш юзаки. Нишон аъзоларини зарарланиш даражасини аниқлаш мақсадида беморларда динамик ўтказиладиган зарур лаборатор-асбобий текширишлар, уларни даволаш ва реабилитацияси доимий эмас, балки вақти-вақти билан амалга оширилади. Шунингдек, ассоциацияланган клиник ҳолатлар ҳам ўз вақтида аниқланмайди ва уларга қарши соғломлаштириш тадбирлари олиб борилмайди. Демак, ОП/ҚВПлардаги ҳозирги мавжуд ҳолат ҳар бир беморни шахсий хусусиятлари, мавжуд хавф омиллар, нишон аъзоларни зарарланиш

даражаси ва ассоциацияланган клиник ҳолатларни ҳисобга олган ҳолда аҳолини диспансер кузатувини олиб бориш имкониятини бермайди.

Юқоридагилар ўз навбатида, бирламчи тизим шароитида беморларни сифатли даволаш ва соғломлаштириш ишларига салбий таъсир кўрсатади. Бу ҳолат ушбу тизимда юқумли бўлмаган сурункали, шу жумладан, ГКга чалинган аҳолини кузатишни услубий ва компьютерлаштирилган дастурининг йўқлигига боғлиқ бўлиши мумкин. Илғор инновацион технологияларнинг жорий этилиши ГКга чалинган беморларни ОП/ҚВП шароитида динамик кузатиш имкониятини яратади ва даволаш профилактика ишларини олиб боришга сезирларли ижобий таъсир кўрсатади. Бундай ёндашиш юрак қон-томир касалликларини барча асосий хавф омилларини ҳар бир беморда индивидуал аниқлаш ва бартараф этиш ҳамда мунтазам кузатиш имкониятини яратади. Ушбу дастурлар ёрдамида нишон аъзоларни зарарланиши ва ассоциацияланган клиник ҳолатларни эрта даврларда аниқлаш ҳамда монанд даволаш мумкин. Қайд этилган ҳолатлар бизни соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида қўллаш имконини берадиган ГКга чалинган беморларни персонал динамик кузатиш мумкин бўлган электрон дастур алгоритминини яратишга ундади.

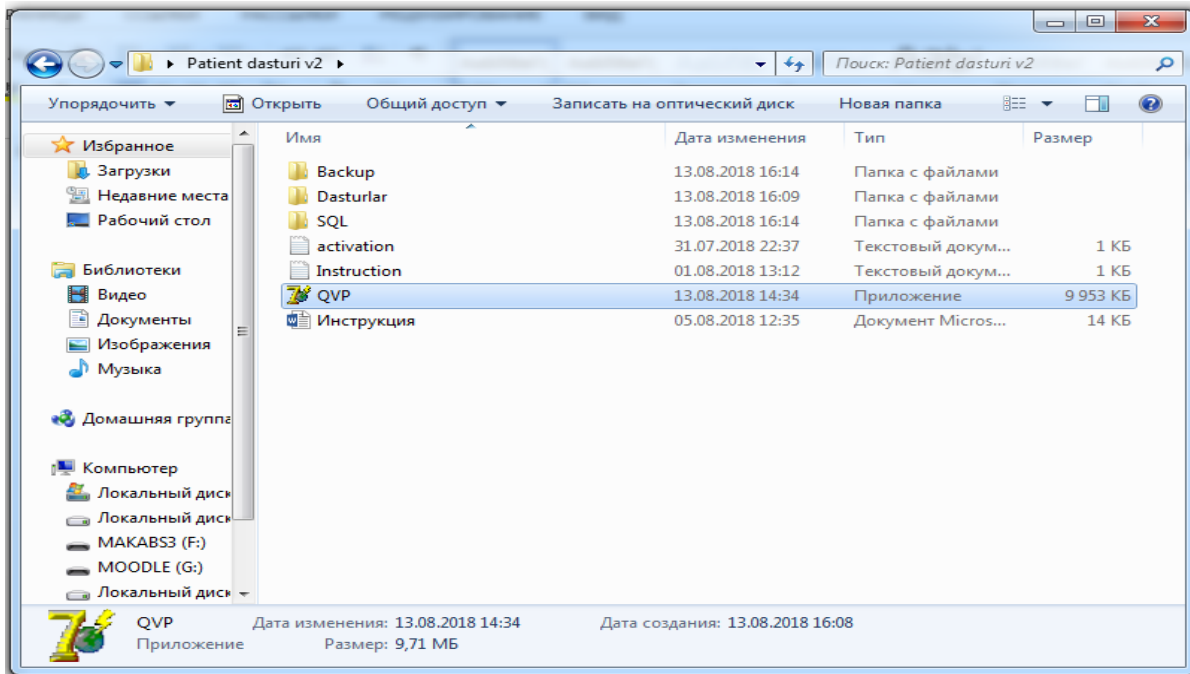
ОП/ҚВП шароитида қўлланиладиган электрон дастурни яратиш ва ундан фойдаланиш катта иқтисодий маблағлар талаб этмайди, фойдаланиш жараёни оддий, вақтни тежайди, бирламчи тизим шифокорлари ишини енгиллаштиради ва энг асосийси ҳар бир бемор тўғрисидаги маълумотлар баъзасини яратиш ҳамда уларни конфиденциал сақлаш имконини яратади. У ҳар бир беморга йўналтирилган бўлиб, математик услублардан фойдаланиб олинган баллар ёрдамида қон босими даражаси, бошқариладиган хавф омиллари, қоннинг асосий биокимёвий кўрсаткичлари (холестерин, глюкоза, креатинин) ва нишон аъзоларини зарарланиш даражасини мониторинг қилиниши ҳамда ҳар бир бемор учун монанд гипотензив дорилар ёки уларни комбинациясининг танлашни енгиллаштиради.

Ушбу ишларни амалга ошириш ва дастурни яратиш бўйича техник топшириқлар ишлаб чиқилиб, замонавий дастурлаш тиллари Borland Delphi ва MySQL Server 5+ маълумотлар базасидан фойдаланилди. Унда дастур нафақат персонал компьютерда балки ОП ёки ҚВПларда тармоқ орқали ишлашга мўлжалланди. Бунинг учун персонал компьютерда MySQL 5 дан юқори маълумотлар базаси дастури ўрнатилган бўлиши лозим. Дастурни созлаш ишлари ҳамда барча ахборотлар маълумотлар базасида сақланиб борилади ва дастур орқали уларни кўриш мумкин бўлади.

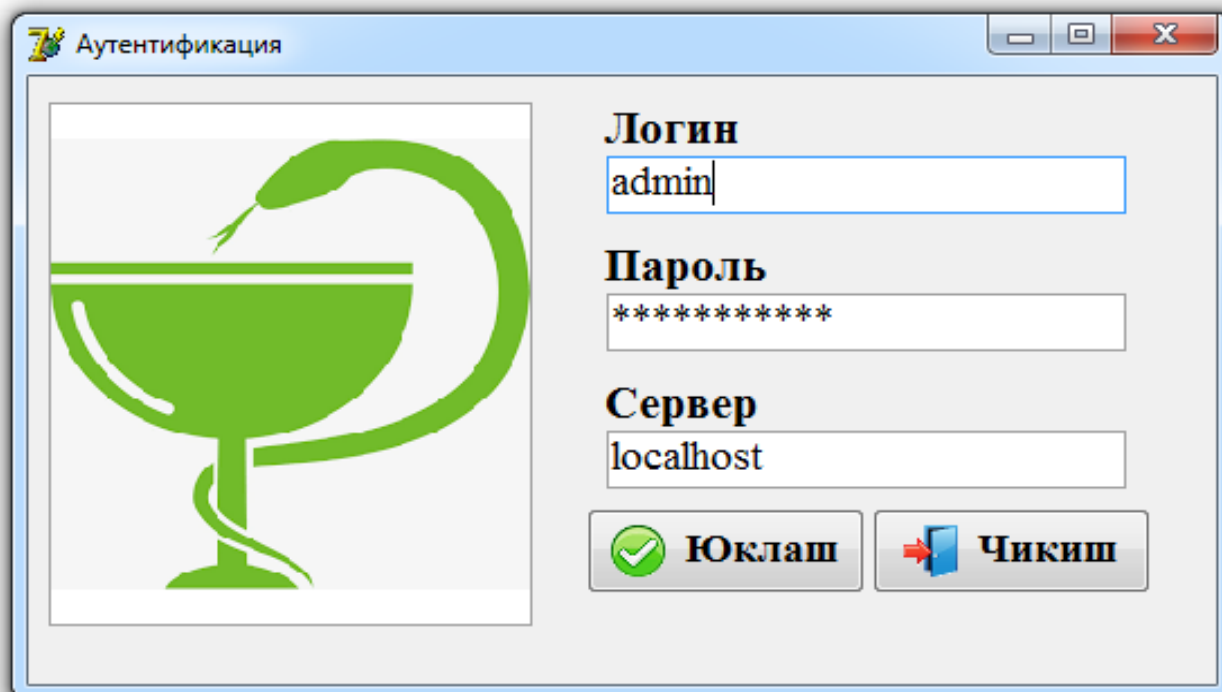
Шунингдек, дастурий таъминотни лицензиялаш, муаллифлик ҳуқуқини ҳимоя қилиш учун серия номери ва фаоллаштирилган кодлар мавжуд. Дастур фойдаланувчилар учун қулай ва тушунарли интерфейсга эга. Унда администратор, бош шифокор ва УАВ - фойдаланувчилари ўрни яратилиб, улар тизимга логин ва пароль ёрдамида кириб беморлар ҳақидаги барча зарурий ахборотларни ўрнатилган талаб шакллариغا асосан киритиб бораладилар. Барча маълумотлар сервер компьютерда сақланади. Бир вақтни ўзида серверга бир неча фойдаланувчилар, яъни УАВ томонидан ахборот алмашинуви тармоқ орқали серверга сақланади, қайта ишланади ва архивланиб борилади. Дастурий

таъминот ва ахборот хавфсизлиги ҳам инобатга олинган бўлиб, барча фойдаланувчилар, маълумотлар базаларига кириш имкони логин пароль аутентификация орқали амалга оширилади.

Дастур жойлашган папкада QVP.exe дастури ишга туширилади




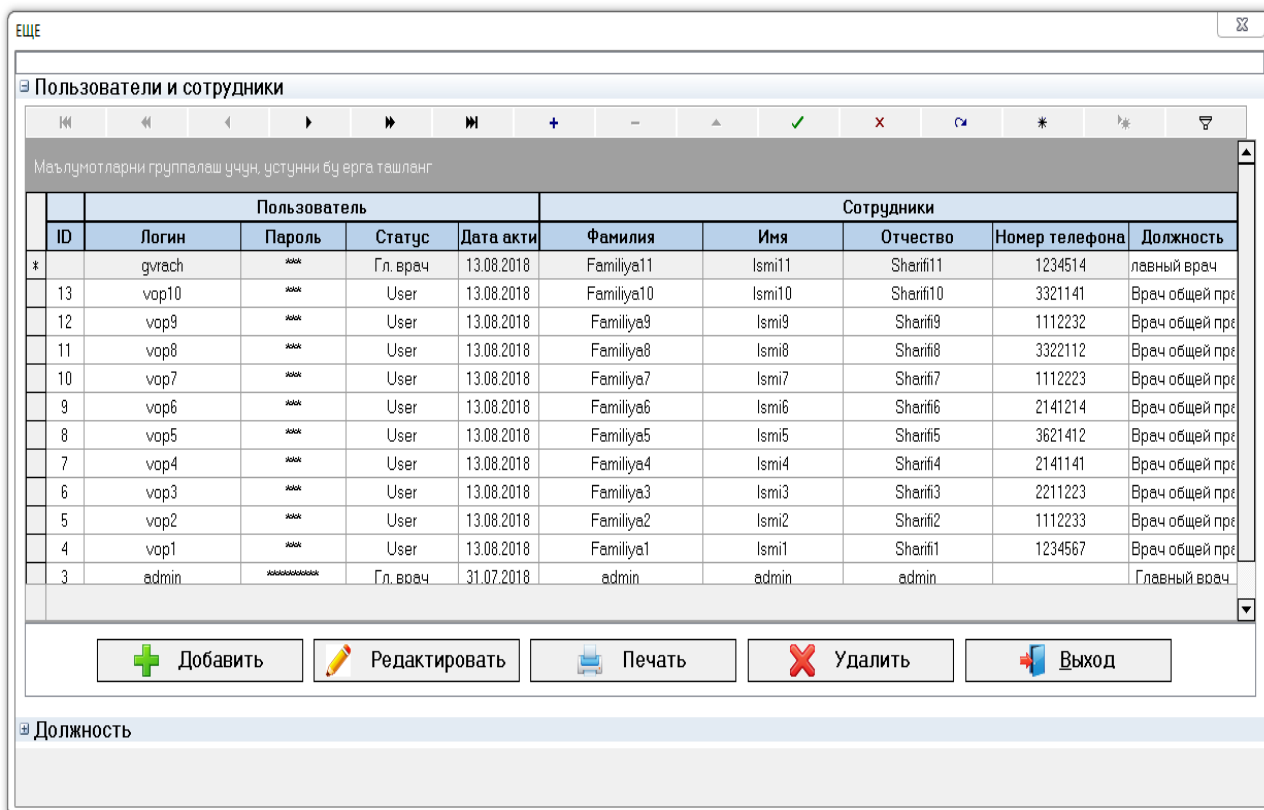
1-расм. Дастур жойлашган папка ва унинг қисмлари.



2-расм. Дастурга кириш ойнаси.

Дастурдан фойдаланувчилар лавозими ва ролини киритиш учун «Добавить» тугмаси босилиб лавозимлар киритилади. Киритилган маълумотлар

сақланади. Бунинг учун  тугмаси босилади. Сўнг «Пользователи и сотрудники» босилиб фойдаланувчилар, яъни бош шифокор ва УАВ учун логин ва пароль очилади. Бунинг учун «Добавить» тугмаси босилиб фойдаланувчилар рўйхатга олинади. Шифокорлар ҳам рўйхатдан ўтказилади.



Пользователь					Сотрудники				
ID	Логин	Пароль	Статус	Дата акти	Фамилия	Имя	Отчество	Номер телефона	Должность
#	gvrach	***	Гл. врач	13.08.2018	Familya11	Ismi11	Sharifi11	1234514	Главный врач
13	vop10	***	User	13.08.2018	Familya10	Ismi10	Sharifi10	3321141	Врач общей пр
12	vop9	***	User	13.08.2018	Familya9	Ismi9	Sharifi9	1112232	Врач общей пр
11	vop8	***	User	13.08.2018	Familya8	Ismi8	Sharifi8	3322112	Врач общей пр
10	vop7	***	User	13.08.2018	Familya7	Ismi7	Sharifi7	1112223	Врач общей пр
9	vop6	***	User	13.08.2018	Familya6	Ismi6	Sharifi6	2141214	Врач общей пр
8	vop5	***	User	13.08.2018	Familya5	Ismi5	Sharifi5	3621412	Врач общей пр
7	vop4	***	User	13.08.2018	Familya4	Ismi4	Sharifi4	2141141	Врач общей пр
6	vop3	***	User	13.08.2018	Familya3	Ismi3	Sharifi3	2211223	Врач общей пр
5	vop2	***	User	13.08.2018	Familya2	Ismi2	Sharifi2	1112233	Врач общей пр
4	vop1	***	User	13.08.2018	Familya1	Ismi1	Sharifi1	1234567	Врач общей пр
3	admin	*****	Гл. врач	31.07.2018	admin	admin	admin		Главный врач

3-расм. Шифокорларни рўйхатдан ўтказиш.

Шундан сўнг беморларни рўйхатдан ўтказиш керак бўлади, бунинг учун ҳар бир УАВ ўз логин пароли билан кириб беморларини рўйхатдан ўтказиши. Ўрнатилган тартибдаги рўйхатдан ўтказиш шакллари бўйича барча беморлар ҳақидаги ахборотлар киритилиши келтирилган. Беморларни рўйхатдан ўтказгандан сўнг унинг касаллиги бўйича анализ сўровнома ташкил этиш мумкин, бунинг учун дастурни «Анализ» деган тугмаси босилиб базага киритилган бемор танлаб олинади.

Соғлиқни сақлаш бирламчи тизимида гипертония касаллигига чалинган беморларни персонал динамик кузатиш алгоритмини электрон дастури

1. Бемор ёши ва жинси:

- Эркактар 55 ёшгача – **0 балл...** 55 ёшдан кейин – **1 балл**
- Аёллар 65 ёшгача – **0 балл...** 65 ёшдан кейин – **1 балл**

2. Пульс артериал босими кўрсаткичи:

- Ёши улуғларда (65 ва ундан юқори ёш) пульс АҚБ ўзгармаган – **0 балл**
- Ёши улуғларда (65 ва ундан юқори ёш) пульс АҚБ ўзгарган – **1 балл**

3. Оилавий анамнезда юрак қон – томир касалликлари мавжудлиги:

- Эркакларда <55 ёш йўқ – **0 балл** мавжуд – **1 балл**
- Аёлларда <65 ёш йўқ – **0 балл** мавжуд – **1 балл**

4. Касалликни давомийлиги (анамнез бўйича аниқланган вақти):

- 5 йилгача – **1 балл**
- 5 йилдан 10 йилгача – **2 балл**
- 10 йилдан ортиқ – **3 балл**

5. Тамаки ва/ёки «носвой» чекиш:

- Чекмайди – **0 балл**
- Чекади – **1 балл**

6. Абдоминал семириш:

- Йўқ – **0 балл**
- Эркакларда бел айланаси >102 см – **1 балл**
- Аёлларда бел айланаси >88см – **1 балл**

7. Дислипидемия:

- Умумий холестерин <5,0 ммоль/л – **0 балл**
- Умумий холестерин >5,0 ммоль/л (190 мг/дл) – **1 балл**

8. Қон плазмасида нахордаги қанд миқдори:

- 5,6 ммоль/л дан кам – **0 балл**
- 5,6 ммоль/л дан 6,9 ммоль/л гача (102 – 125 мг/дл) – **1 балл**

9. Қандга чидамлилиқни бузилиши:

- Йўқ – **0 балл**
- Бор: нахорда >6,1 ммоль/л ... чидамлилиқ ўтказилгандан сўнг 12 соат ўтгач 7,8 – 11,1 ммоль/л – **1 балл**

10. Нишон аъзоларининг зарарланиши:

- Йўқ 0 – **балл**
- ЭКГ чап қоринча гипертрофияси белгилари мавжуд – **2 балл**
- Қон зардобидида креатинин миқдорининг бир мунча ошиши:
 - эркакларда ... 115–133 мкмоль/л (1,3 – 1,5 мг/дл) – **2 балл**
 - аёлларда ... 107–124 мкмоль/л (1,2 – 1,4 мг/дл) – **2 балл**
- Микроальбуминурия 30-300 мг/сут – **2 балл**

11. Қандли диабет мавжудлиги:

- Йўқ ... – **0 балл**
- Қон зардобидида қанд миқдори қайта текширилганда...≥7,0 ммоль/л (126 мг/дл) – **3 балл**

12. Ассоцияланган клиник ҳолатлар мавжудлиги:

- Йўқ ... – **0 балл**
- Бош мия инсульта, транзитор ишемик хуружлар ... – **3 балл**
- Миокард инфаркти, стенокардия, коронар ревазуляризация, сурункали юрак етишмовчилиги – **3 балл**

- Диабетик нефропатия, буйрак етишмовчилиги [қон зардобадаги креатинин >133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) эркаларда ва > 124 мкмоль/л (1,4 мг/дл) аёлларда] ... – **3 балл**

- Аортани қаватланувчи аневризмаси, периферик артерияларни зарарланиш белгилари–**3 балл**

- Гипертоник ангиопатия (кўз тубига қон қуйилиши ёки экссудатлар, кўз нерви сўрғичи шиши). – **3 балл**

13.Дориларсиз даволанишга мойиллик:

- Доимо – **0 балл**

- Бор, аммо мунтазам эмас – **1 балл**

- Йўқ – **2 балл**

14.Дорилар билан даволанишга мойиллик:

- Доимо – **0 балл**

- Бор, аммо мунтазам эмас – **1 балл**

- Йўқ – **2 балл**

15.Тўпланган баллар йиғиндиси: _____

Олинган натижалар таҳлили:

1. 5 баллгача (1-даража) – жорий йилда 1 марта профилактик кўрик ва аниқланган хавф омилларини коррекция қилиш, зарурият бўлганда гипотензив дорилар буюриш.

2. 5 баллдан 10 баллгача (2-даража) – жорий йилда 2 марта чуқурлаштирилган профилактик кўрик, аниқланган бошқариб бўладиган хавф омилларини коррекция қилиш ва мунтазам дорилар билан даволанишни буюриш. Кўрсатмалардан келиб чиқиб тор мутахассислар маслаҳати (невропатолог, окулист, кардиолог ва бошқалар).

3. 10 баллдан 15 баллгача (3-даража) – жорий йилда 3-4 марта чуқур индивидуал ва гуруҳли маслаҳатлар (саломатлик мактаби), аниқланган бошқариб бўладиган хавф омилларини коррекция қилиш ва мунтазам дорилар билан даволанишни буюриш. Кўрсатмалардан келиб чиқиб тор мутахассислар маслаҳати, даволаниш ва реабилитация (невропатолог, окулист, кардиолог ва бошқалар).

4. 15 балл ва ундан ортиқ (4-даража) – жорий йилда камида 4 марта чуқур индивидуал ва гуруҳли маслаҳатлар (саломатлик мактаби), аниқланган бошқариб бўладиган хавф омилларини коррекция қилиш ва мунтазам дорилар билан даволанишни буюриш. Кўрсатмалардан келиб чиқиб тор мутахассислар маслаҳати, даволаниш ва реабилитация (невропатолог, окулист, кардиолог ва бошқалар).

Аниқланган мезонлар бўйича тўпланган балларнинг ҳисоби

«__» _____ 201__ йил

Мезонлар	1-даража (4 балл)	2-даража (9 балл)	3-даража (14 балл)	4-даража (15 ва ундан ортиқ балл)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
Жами:				
Баллар йиғиндиси/хавф	Минимал	Ўрта	Юқори	Максимал
Персонал динамик кузатиш тактикаси	Жорий йилда 1 марта	Жорий йилда 2 марта	Жорий йилда 3-4 марта	Жорий йилда камида 4 марта

Анализ _ _ _ x

ПАЦИЕНТ: Камалов Канал Камалович

1 2 Вывод

ОПРОС

Вопрос №1	0
Вопрос №2	0
Вопрос №3	2
Вопрос №4	1
Вопрос №5	0
Вопрос №6	1
Вопрос №7	0
Вопрос №8	1
Вопрос №9	1
Вопрос №10	2
Вопрос №11	0
Вопрос №12	3
Вопрос №13	0
Вопрос №14	0
ИТОГО	
Итого	11
ДАТА	
20.03.2013	

ВЫВОД

4-расм. Қуйида ушбу жараён қандай амалга ошириш имкони келтирилган.

Аниқланган мезонлар бўйича тўпланган балларнинг ҳисоби

20.08.2013 г.

Беморнинг фамилияси, исми, шарифи:

Камалов Камал Камалович

Иш жойи:

Хизмат кўрсатиш доираси

Лавозими:

Таксист

Туғилган сана: 13.08.1967 г.

Врач:

Фамилия, исми, шарифи

Меъзонлар	1-даража (4 балл)	2-даража (9 балл)	3-даража (14 балл)	4-даража (15 ва ундан ортиқ балл)
1			0	
2			0	
3			2	
4			1	
5			0	
6			1	
7			0	
8			1	
9			1	
10			2	
11			0	
12			3	
13			0	
14			0	
Жами:			11	
Баллар йиғиндис/хавф	Минимал	Ўрта	Юқори	Максимал
Персонал динамик кузатиш тактикаси	Жорий йилда 1 марта	Жорий йилда 2 марта	Жорий йилда 3-4 марта	Жорий йилда камидан 4 марта

5-расм. Беморларни таҳлил қилиш.

Дастурда администратор, бош шифокор ва умумий амалиёт врачлари роллари мавжуд бўлиб, администратор (admin) бутун дастурни бошқариш, маълумотларни серверга сақлаш ва техник қўллаб-қувватлаши мумкин. Бош шифокорда эса (gvrach) УАВ рўйхатини киритиш, улар ҳақидаги умумий ахборотлар ва беморлари ҳақидаги маълумотларни кўриш имкони мавжуд. Дастур УАВларига (vor1) фақат ўз беморларини киритиш ва сақлаш имконини беради.

Беморлар кўриги ҳақидаги барча ахборотлар дастурда ҳисобот шаклида чиқиб, унда таҳлиллар ўтказилган вақти, бемор ҳақидаги маълумотлар, неча марта учрашгани ва ундаги ўзгаришларни солиштириш имконини беради. Бундан ташқари ҳисоботларни PDF кўринишда сақлаш, принтердан чиқариш мумкин. Бундай ёндашиш ГКга чалинган беморларда юзага келиши эҳтимоли бўлган ўзгаришларни мунтазам эрта босқичларида аниқлаб бориш, йўл қўйилган камчиликларни бартараф этиш имкониятини яратади. Юқоридагиларни барчаси пировард натижада соғлиқни сақлашни бирламчи тизими шароитида ГКга чалинган беморларни даволаш ва профилактикаси самарадорлигини кескин оширади.

ХУЛОСА

«Соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида гипертония касаллигини даволаш ва профилактикаси самарадорлигини ошириш» мавзусидаги диссертация бўйича ўтказилган тадқиқотлар асосида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Амбулатор карталарнинг ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики қишлоқ врачлик пунктлари ва оилавий поликлиникалар шифокорлари ГКни олиб боришда кўп ҳолларда даволаш стандартига кирмаган гипотензив дориларни (43,4% ва 38,8% мос равишда) қисқа муддатларда (82% ва 35,1% мос равишда) буюришади. Шунингдек, дориларсиз даволаш тамойилларига доимо амал қилинмайди, ош тузини чегаралаш 31,5% ва 64,8%, овқатланиш тартибига амал қилиш бўйича маслаҳатлар 42,2% ва 57,4%, меъёрлаштирилган жисмоний ҳаракат 39,8% ва 68,5% беморларга мос равишда тавсия этилган.

2. ГКга чалинган асосий гуруҳ беморлари билан ўқишга қадар ($n=122$) ўтказилган сўровнома улардан фақат 45,9% хавф омилларининг ўрни ва 11,4% гипотензив дориларни АҚБни мақсадли кўрсаткичига эришиш билан мунтазам қабул қилиш ҳақидаги тушунчага эга эканликларини, 51,6% қон босимини мустақил назорат қила олиш кўникмаларини билишларини кўрсатди.

3. Оилавий поликлиника ва қишлоқ врачлик пунктлари шароитига мослаштирилган дастур асосида беморларни гипертониклар мактабида ўқитиш натижасида АҚБни назорат қиладиганлар сони таққослаш гуруҳига нисбатан ишончли ошишига (96,7% ва 21,9% мос равишда $p<0,01$) эришилди. Шунингдек, гипотензив дориларни мунтазам қабул қиладиганлар сони 98,3%га кўпайди.

4. Дориларсиз ва дорилар билан даволаш борасида беморларда мотиватсия уйғотиш назорат гуруҳларидагиларга нисбатан чап қоринча гипертрофияси ($p>0,05$), умумий холестерин, триглицеридлар, паст ($p<0,001$) ва юқори зичликдаги ($p>0,001$) липопротеидлар, ва глюкозага чидамлилиқ ($p<0,001$) ишончли даражада меъёрига келди.

5. Бирламчи тизим шароитида осон ва қулай аниқланадиган беморлардаги мавжуд кўрсаткичлар (батафсил анамнез, антропометрия, бошқариладиган хавф омиллари, нишон аъзоларни зарарланиш даражаси, ассоциацияланган клиник ҳолатлар, қондаги холестерин, қанд миқдори ва бошқалар) ёрдамида уларни ҳар бирини персонал динамик кузатиш алгоритмининг электрон дастури яратилди.

6. ГКга чалинган беморларни динамик кузатишда ушбу дастурдан фойдаланиш соғлиқни сақлашни бирламчи тизимида касалликни оғир асоратлари хавфини эрта аниқлаш ва монанд даво ўтказиш имкониятларини яратади. Бу ўз навбатида беморлар ҳаёт сифатини яхшиланишига ва ногиронлик ҳамда бевақт ўлим ҳолатларини камайишига олиб келади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.30.02
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ
ПРИ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

ТАШКЕНТСКА МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ГУЛЯМОВА ШАХЗАДА САЙПИДДИНОВНА

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА УРОВНЕ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.00.05 – Внутренние болезни

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2018

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № B2017.2.PhD /Tib198.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекском, русском, английский (резюме) размещён на веб-сайте по адресу www.tma.uz и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» по адресу www.ziyo.net.uz.

Научный руководитель: **Гадаев Абдигаффар Гадаевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Нуриллаева Наргиза Мухтархановна**
доктор медицинских наук, профессор
Захидова Машкура Зияматовна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Андижанский государственный медицинский институт**

Защита диссертации состоится «__» _____ 2018 г. в ____ часов на заседании Научного совета DSc.27.06.2017.Tib.30.02 при Ташкентской медицинской академии. Адрес: 100109, г.Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби-2. Тел/факс: (+998 71) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru.

С диссертацией доктора философии (PhD) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (зарегистрирован № ____). Адрес: 100109, г. Ташкент, ул. Фароби-2. Ташкентская медицинская академия, 2 учебный корпус «б» крыло, 1 этаж, 7 кабинет. Тел./Факс: (+99871) 150-78-14.

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2018 года.

(реестр протокола рассылки № ____ от «__» _____ 2018 года.)

А.Л. Аляви

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор, академик

Б.Х. Шагазатова

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Л.Т. Даминова

Председатель Научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. На сегодняшний день, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), доказано, что у людей, страдающих артериальной гипертензией (АГ) ухудшается не только качество жизни, но и снижается мотивация. Заметно падает трудоспособность и, что самое актуальное, сокращается продолжительность жизни¹. АГ в мире страдает около 1 миллиарда человек и более 7,1 миллиона смертельных исходов в год, связано с повышенным артериальным давлением (АД)². Согласно данным ВОЗ, около 20% взрослого населения мира имеют проблемы, связанные с повышением АД. К тому же, опубликованы тревожные прогнозы экспертов ВОЗ, согласно которым, к 2025 году ожидается пик роста АГ, заболеваемость, которой достигнет 29% всего взрослого населения планеты. Создание условий в первичном звене для предупреждения и лечения заболеваний среди населения является одной из актуальных задач здравоохранения.

Ряд научных исследований, проводимых во всем мире, направлены на улучшение эффективности лечебно-профилактических мероприятий, оказываемых больным гипертонической болезнью (ГБ) на уровне первичного звена здравоохранения. Эти исследования включают научные работы, повышающие эффективность соблюдения больными ГБ как немедикаментозных, так и медикаментозных рекомендаций. То есть, улучшающие приверженность больных к коррекции управляемых факторов риска и регулярному приему гипотензивных препаратов доказанной эффективности. В связи с этим, разработка структурированной программы, адаптированной для условий первичного звена и внедрение её в практическое здравоохранение на сегодняшний день является актуальной. Данная программа должна включать в себя исследования, направленные на изучение факторов риска АГ, общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности, нарушение толерантности к глюкозе, ЭКГ с проведением сравнительного анализа полученных результатов в течение 2-х лет, осуществляемое врачами общей практики. На основании результатов данной работы разработка алгоритма персонального динамического наблюдения за больными ГБ в условиях семейной поликлиники (СП) и сельского врачебного пункта (СВП) имеет особое прогностическое значение.

В настоящее время в нашей Республике большое значение уделяется социальной защите населения и усовершенствованию оказания медицинской помощи. В первичном звене здравоохранения существует ряд нерешенных проблем, среди которых наиболее важными являются раннее выявление и профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы. В «Стратегии

¹ ВОЗ. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. Исполнительное резюме. [Электронный ресурс]. Доступ: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/ru/index.html (дата обращения 26.09.2017).

² ВОЗ. Центр СМИ. Мировая статистика здравоохранения 2014 г.: значительный рост продолжительности жизни // <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/ru>.

действий³ по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» определены задачи по «повышению качества и доступности оказания медицинской и социально-медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ)» на основе высоких современных технологий, более широкой реализации комплексных мер по сокращению смертности населения от заболеваний сердца и сосудов. Особое значение приобретает повышение эффективности профилактики и лечения ГБ в условиях сельского врачебного пункта (СВП) и семейной поликлиники (СП).

Данное исследование в определенной степени служит выполнением задач, предусмотренных в указе Президента РУз № УП-4947 «О стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017–2021 гг.» от 7 февраля 2017 года; постановлений ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017-2021 гг.» от 20 июня 2017 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии республики Узбекистан – VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. На сегодняшний день, многочисленные исследования показывают, что среди всех ССЗ АГ занимает первое место по количеству посвящённых этой проблеме исследований (27,1%), что говорит о наличии большого объёма доказательной информации, полученной на основании рандомизированных контролируемых исследований, систематических обзоров и мета-анализов (Кобалава, Ж. Д, Котовская Ю. В, Моисеев В. С., 2009). В исследованиях, проведенных в США за период с 2005 по 2007 гг., показано у 146 пациентов, находящихся под наблюдением и информированных по навыкам самоконтроля АД, соблюдавших немедикаментозную и медикаментозную тактику лечения удалось достичь статистически достоверного снижения АД (САД/ДАД) с 152/89 мм рт. ст. до 145/85 мм рт. ст. ($p < 0, 001$) (P.J. Elmer et al. – 2006). По мнению Российских ученых психоэмоциональный стресс активизирует симпатoadреналовую систему и гипофизарно-гипоталамо-надпочечниковую ось, приводящий к оксидативному стрессу с последующим диссонансом между вазоконстрикторами и вазодилататорами, что и проявляется АГ (Калинина А.М., 1993). Нерациональное питание является независимым предиктором общей смертности населения (Березин, И.И., 2007). Питание, включающее чрезмерное количество высоко насыщенных жиров и красного мяса, в сочетании с малым потреблением овощей и фруктов, является причиной примерно в 30% случаев ССЗ (Кобалава, Ж. Д, Котовская Ю. В, Моисеев В. С., 2009), в том числе и АГ. Установлена зависимость АД и индекса массы тела (ИМТ) от характера питания (Джанашия П.Х., Потешкина Н.Г, Селиванова

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947-сонли Фармони.

Г.Б., 2007). Роль избыточного потребления соли в развитии АГ подтверждена данными эпидемиологических исследований (Песелюгина О.Б., 2012). Роль избыточного потребления соли в развитии АГ подтверждена данными эпидемиологических исследований. У больных АГ с высоким порогом чувствительности к поваренной соли, миокард работает не только при повышенном периферическом сопротивлении, но и в режиме нагрузки объемом, что приводит к увеличению конечного диастолического объема, развитию более выраженной ГЛЖ, систолической и диастолической дисфункции (Bailey J.E. et al., 2010). Было рассчитано, что снижение потребления соли до 100 ммоль в сутки в течение жизни привело бы к снижению инсульта мозга в возрасте 55 лет на 23%. Табакокурение – единственная фактор риска, который относительно легко может быть устранен. Влиянию курения на развитие и прогрессирование АГ посвящены многочисленные исследования - Multinational INTERHEART study, WHO MONICA, International Studies of Infarct Survival (ISIS) с 2003 по 2013 гг. Одно из первых и самых крупных продолжительных эпидемиологических исследований по изучению факторов риска было проведено во Фремингеме (США) и выявило четкую зависимость между уровнем АД и частотой возникновения новых случаев ИБС, причем смертность от ССЗ растёт пропорционально росту систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД). Отмечено также, что у людей старше 50 лет, основным гемодинамическим изменением является увеличение пульсового давления, что и становится решающим фактором риска для развития осложнений ССЗ. По данным Шальной С.А и соавт. более 75% всех больных АГ являются люди старше 50 лет.

Исключением не является и Республика Узбекистан, по данным ВОЗ за 2016 год у мужчин 20-30 лет АГ развивается в 9,4% случаях; после 40 лет – у 35%, а после 60-65 лет – у 50%; у женщин до 30 лет - 3,3%, в возрасте от 40 до 60 лет - 60% случаев. Вместе с тем, в ряде отечественных и зарубежных исследований убедительно показано, что, несмотря на наличие медикаментозных средств, позволяющих эффективно снижать АД и предупреждать развитие осложнений, приверженность больных к лечению остается низкой.

В ряде стран Европы и Российской Федерации созданы специальные программы - школы (клубы) для обучения больных ГБ в специализированных клиниках, которые направлены на повышение информированности данного контингента по проблемам укрепления и сохранения здоровья. Анализ опубликованных работ свидетельствует о том, что пациенты, прошедшие обучение в школах достоверно, повысили такие показатели, как регулярный прием гипотензивных препаратов и соблюдение здорового образа жизни (ESH/ESC., 2013). Вышеприведенное определяет важность данного исследования, а также актуальность проблемы.

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.

Диссертационная работа выполнялась в соответствии с основным направлением научных исследований Ташкентской медицинской академии (ТМА) в рамках прикладного гранта ИДСС 31.1. «Оптимизация многофакторной профилактики основных заболеваний сердечно-сосудистой системы в условиях сельского врачебного пункта и семейной поликлиники» (2009-2011 гг.).

Цель исследования – повышение эффективности профилактики, немедикаментозного и медикаментозного лечения больных гипертонической болезнью на основе структурированной программы обучения в условиях первичного звена здравоохранения.

Задачи исследования:

изучить тактику ведения больных ГБ и оценить проводимое лечение в условиях СП/СВП;

изучить приверженность пациентов АГ к соблюдению немедикаментозных и медикаментозных рекомендаций в условиях СП/СВП;

разработать адаптированную структурированную программу и методы обучения больных ГБ, с внедрением их в практику первичного звена и проведением анализа их действия на факторы риска, ЭКГ и биохимические показатели крови (глюкоза, общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой и низкой плотности, а также на нарушение толерантности к глюкозе);

провести сравнительный анализ (основной и группы сравнения) результатов профилактических и лечебных вмешательств до и через 2 года наблюдения;

создать алгоритм электронной программы персональной тактики динамического наблюдения за больными ГБ врачом общей практики в условиях первичного звена здравоохранения с учетом наличия управляемых факторов риска, уровня АГ, степени поражения органов-мишеней и сопутствующих ассоциированных клинических состояний.

Объектом исследования были 236 больных гипертонической болезнью I, II и III стадии, состоящие на диспансерном наблюдении в семейных поликлиниках № 32, 37.

Предметом исследования явились кровь и сыворотка крови для биохимических исследований, данные ЭКГ.

Методы исследования. Были использованы общеклинические, клинико-инструментальные, биохимические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

установлена взаимосвязь между достижением целевых уровней АД, коррекцией факторов риска АГ и регулярной антигипертензивной терапии с помощью дополнительной тактики лечения больных ГБ в условиях первичного звена, способствующая снижению АД и улучшению биохимических показателей крови (глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности);

доказана эффективность положительного влияния повышения уровня медицинского образования больных ГБ на степень АГ, стадию поражения

органов-мишеней (головного мозга, глазного дна, сердца и артериальных сосудов, почек), предупреждение осложнений (МИ, ИМ) и приверженность к антигипертензивной терапии доказанной эффективности;

персонализирована тактики динамического наблюдения за больными ГБ в условиях СП/СВП с учетом наличия неуправляемых и управляемых факторов риска, стадии поражения органов-мишеней и сопутствующих ассоциированных клинических состояний.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

в практическую деятельность медицинских учреждений введена дополнительная тактика лечения больных ГБ, способствующая достижению целевых уровней АД и биохимических показателей крови (глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности);

разработана структурированная программа и определена роль информированности больных ГБ о навыках самоконтроля заболевания, борьбы с факторами риска в повышении приверженности к регулярной антигипертензивной терапии доказанной эффективности;

создан алгоритм электронной программы персонального динамического наблюдения за больными ГБ в условиях первичного звена;

впервые показана возможность эффективного применения информирования и персонального динамического наблюдения за больными ГБ в условиях первичного звена, позволяющая контролировать АД с достижением целевых уровней АД, способствующая предупреждению развития сердечно-сосудистых осложнений, приводящих к увеличению смертности взрослого населения.

Достоверность результатов исследования объясняется примененными в исследованиях современными методами и подходами, соответствием теоретических сведений с полученными результатами, методической правильностью проведенных исследований, достаточным количеством обследованных больных, обработанностью данных с помощью статистических методов, а также сопоставлением результатов исследования с международными и отечественными достижениями, утверждением сделанных заключений и полученных результатов уполномоченными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость полученных результатов заключается в том, что патогенетическая, клиническая и прогностическая значимость целевых уровней АД и биохимических показателей крови (глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности) у больных ГБ достигается на основе усовершенствования методических способов научных исследований, применения структурированной программы информирования в регулярном лечении больных ГБ антигипертензивными препаратами доказанной эффективности с использованием электронного алгоритма персонального динамического наблюдения за больными ГБ в условиях первичного звена.

Практическая значимость работы заключается в том, что рекомендованный способ повышения эффективности профилактики и лечения ГБ на уровне

первичного звена позволяет надежно контролировать уровень АД, стадию поражения органов-мишеней (головного мозга, глазного дна, сердца и артериальных сосудов, почек) и предупреждать грозные осложнения этого заболевания (мозгового инсульта, инфаркта миокарда).

Внедрение результатов исследования. На основе результатов научных исследований по повышению эффективности профилактики и лечения ГБ с достижением целевых уровней АД:

утверждена методическая рекомендация «Управлять гипертонией можно и нужно» (справка Министерства здравоохранения №8н-д/131 от 25 мая 2018 года). Данная методическая рекомендация позволила больным ГБ, повысить приверженность к антигипертензивной терапии доказанной эффективности, достигнуть целевые уровни АД, глюкозы крови, общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности, снизить количество гипертонических кризов и повторных госпитализаций.

Научные результаты применения структурированной программы информирования больных в лечении АГ с использованием электронного алгоритма персонального динамического наблюдения внедрены в практическую деятельность многопрофильной центральной поликлиники (ранее СП № 32) Яшнабдского района г. Ташкента и СП № 37 Чиланзарского района г. Ташкента (справка Министерства здравоохранения №8н-д/151 от 30 июня 2018 года). В результате создана возможность повышения информированности больных ГБ о навыках самоконтроля заболевания, приверженности к лечению антигипертензивными препаратами доказанной эффективности и борьбе с факторами риска ССЗ, достижения целевых уровней АД, глюкозы крови и липидного спектра, улучшая качество и продолжительность жизни населения.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 7 научно-практических конференциях, в том числе, 4 на международных и 3 на республиканских научно-практических конференциях.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 35 научные работы, из них 9 журнальных статей, в том числе, 8 в республиканских и 1 – в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 4-х глав, заключения, списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации составляет 120 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации приведен обзор литературы, состоящий из 4-х подглав. Представлен анализ современного состояния первичной и вторичной профилактики АГ, вопросы эпидемиологии, патогенеза, степени распространенности факторов риска ГБ, действие их на течение заболевания и методы борьбы с ними. Определен круг вопросов, требующих дальнейшего изучения и обоснована актуальность работы.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика материала и методы исследования»** описаны объект, предмет и статистические методы исследования.

Проведен анализ ретроспективных данных за последние пять лет по 222 случайно отобранном амбулаторным картам из числа больных состоящих на диспансерном наблюдении с ГБ в СП (п=54) и в ряде СВП РУз (п=168). Опрошены врачи СП г. Ташкента и СВП областей Республики, проходившие 10-месячные курсы переподготовки ВОП (до обучения п=156; после обучения п=119). Анкетировано 236 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ГБ. Из них 122 были включены в образовательную программу, 114 больных ГБ, составляли группу сравнения. Все пациенты находились под наблюдением в течение 2-х лет, которые были опрошены повторно.

В основной группе – возраст больных 45-71 год, средний возраст - $51,75 \pm 1,85$ г. Из них мужчины составили 29,5%, женщины – 70,4%. Распределение пациентов по стадиям заболевания было следующим: ГБ I стадии – 45 (36,8%); ГБ II стадии – 62 (50,8%); ГБ III стадии – 15 (12,2%). Кризовое течение заболевания отмечалось у 40 (32,7%) больных.

Группа сравнения (п=114), получала лечение, назначенное врачами СП/СВП. Из них женщины – 80 (70,1%), мужчины – 34 (29,8%) в возрасте 44-75 лет, средний возраст $52,6 \pm 1,62$. В этой группе пациенты ГБ разделялись следующим образом: ГБ I стадии – 41 (35,9%); ГБ II стадии – 61 (53,5%); ГБ III стадии – 12 (10,5%). Кризовое течение заболевания отмечалось у 37 (32,4%) пациентов.

В основной группе пациентов, прошедших обучение в школе, средний риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) имели – 46 (37,7%) больных, высокий риск – 63 (51,6%) человек и очень высокий риск – 14 (11,4%). В группе больных ГБ, не прошедших обучение, средний риск имели - 41 (35,9%) больных ГБ, высокий - 62 (54,3%), очень высокий - 11 (9,6%) соответственно.

Более 60% больных ГБ, в обеих группах, имели высокий и очень высокий риск развития ССО.

Больным ГБ, включенных в данное исследование, проводилось комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное исследование с целью исключения симптоматических АГ и определения степени тяжести поражения органов-мишеней. Наряду с общепринятыми клиническими анализами по показаниям, больным ГБ проводились биохимические исследования крови (определение липидного спектра, АЛТ, АСТ, общего билирубина, мочевой кислоты, креатинина, общего белка, коагулограммы, электролитов крови). Всем пациентам проведено функциональное исследование ЭКГ, исследование сосудов глазного дна; по показаниям ЭхоКГ, УЗИ почек, надпочечников, щитовидной железы, органов брюшной полости. По разработанной нами структурированной программе проводилось обучение пациентов в группах по 10-12-14 человек, которые на основании предварительного отбора объединялись по возрасту, уровню интеллекта, образования. Использовался интерактивный метод изложения материала. Использовались мультимедийные средства обучения, плакаты, буклеты и соответствующие ресурсы для обучения практическим навыкам (определение индекса массы тела, измерение АД, аптечка для оказания самопомощи при остром повышении АД).

Больным сердечной недостаточностью (СН) назначалось общепринятое стандартное лечение, β -адреноблокаторы (БАБ) с периодом полувыведения 8 и более часов назначались при наличии у пациентов постинфарктного кардиосклероза, стенокардии. Ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (и-АПФ) назначались больным с наличием сахарного диабета 2 типа. Антагонисты кальция (АК) пролонгированного действия назначались преимущественно пациентам пожилого возраста, больным со стенокардией и облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. Антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА) назначались при наличии у пациентов противопоказаний к приему и-АПФ. Препараты короткого действия (капотен, коринфар, фармодипин) использовались как средства экстренной помощи.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ MS. Excel (2010). Рассчитывались общепринятые статистические показатели, а также средние значения количественных показателей и их отклонения ($M \pm m$). В качестве статистического критерия достоверности различий (p) использовался t -критерий Стьюдента. Для создания электронной программы были разработаны технические задания и использована база данных по занесению информации и ее сохранению. Для основной части программы и ее формы был использован Borland Delphi 7 язык программирования, а информационная база использована из сервера MySQL Server 5+. Созданная программа может работать как на персональном компьютере, так и посредством сети. При этом каждый ВОП входит в программу при помощи

своего Логина и Пароля и вносит данные пациента, вся информация сохраняется в сервере компьютера.

В третьей главе приведены результаты собственных исследований и их обсуждение. При ретроспективном анализе факторов риска, зарегистрированных в амбулаторных картах СП (n=54)/СВП (n=168) были получены следующие результаты: отягощенная наследственность установлена в СП 34 (62,9%)/СВП 88 (52,3%) случаях, курение – в СП 16 (29,6%)/СВП 47 (27,9%), избыточная масса тела – в СП 18 (33,3%)/СВП 35 (20,8%), злоупотребление алкоголем – в СП 9 (16,6%)/СВП 37 (22,0%), гиперхолестеринемия в СП 21 (38,8%)/СВП 43 (25,6%), гиподинамия – в СП 25 (46,2%)/СВП 57 (33,9%), стресс – в СП 38 (70,3%)/СВП 115 (68,4%) соответственно.

В нашем исследовании наиболее часто встречались такие факторы риска, как отягощенная наследственность, стресс, избыточный вес, гиподинамия. В большинстве амбулаторных карт СП/СВП рекомендации по немедикаментозному лечению даются в неполном объеме. Результаты следующие: ограничение поваренной соли рекомендуют 35 (64,8%) врачей СП и 53 (31,5%) врачей СВП, $p < 0,001$; аутотренинг 24 (44,4%) и 64 (38,0%); ограничение потребления жиров 31 (57,4%) и 71 (42,2%), $p < 0,001$; ограничение жидкости до 1-1,5 л/сут 25 (46,2%) и 54 (32,1%), $p < 0,001$; снижение массы тела при ожирении 37 (68,5%) и 71 (84,5%), $p < 0,001$; регулярную дозированную физкультуру рекомендуют 37 (68,5%) и 67 (39,8%), $p < 0,001$ соответственно.

Изучая амбулаторные карты, мы обратили внимание на основные группы гипотензивных препаратов и правила их назначения. Врачи назначают БАБ в СП 44,4% - в СВП 8,9%; диуретики 35,1% - 10,7% соответственно; АК назначены в 24% в СП и 5,9% в СВП; и-АПФ 51,8% и 42,2% соответственно.

Несмотря на то, что ВОП все же назначают гипотензивные препараты, рекомендованные в качестве первой линии наряду с этим, в группе «*другие*» врачи назначали сульфат магния, дибазол, папазол, адельфан, раунатин, папаверин, но-шпу и др., причем курсами, без определенного режима и длительности приема.

Как показывает анализ амбулаторных карт, регулярно гипотензивные препараты врачи назначают в СП 35 (64,8%) и 30 (17,8%) в СВП, короткими курсами – 19 (35,1%) и 138 (82%) соответственно, разница между ними в обоих случаях высокодостоверна ($p < 0,001$).

На основании полученных результатов можно предполагать, что ВОП не придерживаются принципов немедикаментозной коррекции ГБ и медикаментозной терапии, основанной на непрерывном длительном приеме гипотензивных препаратов доказанной эффективности в эффективных дозах.

При проведении анонимного анкетирования врачей СП/СВП, проходивших 10-ти месячные курсы переподготовки ВОП до обучения опрошено 156 врачей (СП n=63; СВП n=93), после обучения 119 (соответственно 52 и 67) выявлена недооценка факторов риска и их коррекция врачами у больных ГБ.

Следует отметить, что после обучения число врачей, придающих значение выявлению и коррекции факторов риска, достоверно повысилась ($p < 0,001$). Так, *снижение потребления поваренной соли*, до обучения, рекомендовали 46,0% врачей СП и 30,1% врачей СВП, после обучения 92,3% и 76,1% соответственно; *снижение массы тела* до обучения 26,9 и 15,0%, после обучения 96,1% и 85,0% соответственно; *ограничение потребления жиров* рекомендовали до обучения 20,6% и 16,1%, после обучения 94,2% и 43,2% соответственно.

Как известно, пять основных классов лекарственных препаратов относятся к числу общепринятых средств лечения АГ: тиазидные диуретики, БАБ, и-АПФ или АРА и АК.

Проведение опросников среди ВОП и анализ амбулаторных карт показал, что врачи все же назначают гипотензивные препараты не доказанной эффективности.

Таким образом, при обучении ВОП необходимо акцентировать внимание на коррекции выявленных управляемых факторов риска АГ, а также на основных группах антигипертензивных препаратов с доказанной эффективностью с индивидуальным подбором, как группы, кратности, так и дозы рекомендуемых лекарственных средств.

На следующем этапе нашего исследования к анкетному опросу привлекались 236 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении в СП/СВП по поводу ГБ. Из них, первую группу составляли 122 пациента, которые прошли обучение в «школе гипертоников». Остальные 114 больных составили группу сравнения. В каждой группе было проведено повторное анкетирование через 24 месяца наблюдения.

Полученные результаты опроса свидетельствуют о том, что очень важно повышать уровень медицинского образования больных ГБ, обучая их ряду практических навыков. С этой целью, организованные школы обучают больных ГБ оказывать самопомощь при остром повышении АД, достигать целевых уровней АД, использовать как немедикаментозную коррекцию, так и соблюдать правила приема гипотензивных препаратов.

Как следует из представленной табл. 1, пациенты, участвующие в образовательной программе достоверно ($p < 0,001$) улучшили свои знания по факторам риска и практическим навыкам, позволяющим повысить качество контроля ГБ.

Так, оказывать самопомощь при остром повышении АД до обучения в школе 21 (17,2%) пациентов ответили «да»; 101 (82,7%) пациентов - «нет», после прохождения курса обучения в школе «да» ответили 120 (98,3%); «нет» - 2 (1,6%) соответственно. В группе пациентов не прошедших обучение в школе особая разница в оказании самопомощи до взятия под наблюдение ($n=114$; «да» - 20,1%; «нет» - 79,8%) и через 2 года наблюдения ($n=112$; «да» - 25,0%; «нет» - 75,0%, $p < 0,05$) не выявлена.

Таблица 1.

Сравнительные результаты анкетного опроса пациентов прошедших (основная группа) и не прошедших (группа сравнения) обучение в «школе гипертоников» до и через 24 месяца наблюдения

Соответствующий вопрос	Основная группа до обучения (n=122)		Основная группа после обучения (n=122)		Группа сравнения исходные данные (n=114)		Через 2 года наблюдения (n=112)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<p><i>Умеете ли вы оказывать помощь при остром повышении АД?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Да • Нет 	21	17,2	120	98,3	23	20,1	28	25,0
	101	82,7	2	1,6	91	79,8	84	75,0
<p><i>Умеете ли вы самостоятельно измерять АД?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Да • Нет 	45	36,8	122	100,0	34	29,8	41	36,6
	77	63,1	-	-	80	70,1	71	63,3
<p><i>Умеете ли вы самостоятельно определять частоту пульса?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Да • Нет 	8	6,5	122	100	6	5,2	6	5,3
	114	93,4	-	-	108	94,7	106	94,6
<p><i>Как вы думаете, избыточная масса тела влияет на показатели АД?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Да • Нет • Не знаю 	28	22,9	122	100	29	25,4	34	30,3
	67	54,9	-	-	44	38,5	40	35,7
	27	22,1	-	-	41	35,9	38	33,9
<p><i>Меняются ли показатели АД с возрастом?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Да • Нет • Не знаю 	24	19,6	122	100,0	21	18,4	29	25,8
	29	23,7	-	-	32	28,0	24	21,4
	69	56,5	-	-	67	58,7	59	52,6
<p><i>Знаете ли вы об острых и хронических осложнениях ГБ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Да • Нет 	87	71,3	122	100,0	79	69,2	80	71,4
	35	28,6	-	-	35	30,7	32	28,5
<p><i>Как вы принимаете лекарство от давления?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Постоянно • От случая к случаю (при повышении АД) • Короткими курсами (10-14 дней) 	14	11,4	101	82,7	12	10,5	29	25,8
	89	72,9	11	9,0	79	69,2	67	59,8
	19	15,5	-	-	23	20,1	16	14,2

На вопросы «Умеете ли вы самостоятельно измерять АД и определять частоту пульса?» пациенты основной группы до обучения в ШГ ответили «да» 36,8% и 6,5%; «нет» 63,1 и 93,4% соответственно. После обучения

практическим навыкам измерения АД и пульса «да» - ответили 100% и 100% пациентов соответственно, т.е. навыком самостоятельного измерения АД и подсчета пульса овладели все 122 пациента прошедших обучение в ШГ. В группе сравнения владение навыками самостоятельного измерения АД и подсчета пульса ($p > 0,05$) осталось почти на прежнем уровне (до наблюдения $n=114$ – «да» ответили 34 (29,8%) и 6 (5,2%) пациентов; «нет» 80 (70,1%) и 108 (94,7%) пациентов соответственно; через 2 года наблюдения «да» ответили 41 (36,6%) и 6 (5,3%) пациентов; «нет» - 71 (63,3%) и 106 (94,6%) соответственно.

При анализе регулярности приема гипотензивных препаратов в группе пациентов прошедших обучение в школе выявлены следующие результаты: до обучения «*постоянно*» принимали лекарственные средства – 11,4% пациентов; «*от случая к случаю*» - 72,9%; «*курсами*» - 15,5% соответственно. После обучения повторное анкетирование 122-х пациентов показало достоверное ($p < 0,001$) увеличение пациентов, принимающих гипотензивные препараты, «*постоянно*» начали принимать 82,7% обученных и «*от случая к случаю*» при чрезмерном повышении АД 9,0% обученных пациентов соответственно.

Сравнительный анализ опроса пациентов группы сравнения показал, что основная масса пациентов не прошедших обучение в школе не владеют навыками оказания самопомощи при внезапном повышении АД и самоконтроля за АД. Кроме того, один из принципов медикаментозной гипотензивной терапии (прием препаратов с соблюдением регулярности и длительности) не поддерживается, на вопрос «*Как и когда вы принимаете лекарство от давления?*»: «*постоянно*» ответили – 12(10,5%); «*от случая к случаю*» – 79(69,2%); «*курсами*» – 23(20,1%) соответственно ответили пациенты контрольной группы до взятия под наблюдение.

Таким образом, на вопросы: «*Как вы думаете, избыточная масса тела влияет на показатели АД*», «*Меняются ли показатели АД с возрастом?*» и «*Знаете ли вы об острых и хронических осложнениях ГБ*», пациенты прошедшие обучение в «школе гипертоников» достоверно ответили положительно. В группе же сравнения данные показатели остались почти на том же уровне.

Анализируя вышеизложенное, можно сказать, что повышение уровня информирования пациентов ГБ является основным звеном в проведении лечебно-профилактических мероприятий на уровне первичного звена.

ВОП должен информировать пациентов ГБ о факторах риска заболевания, риске развития острых и хронических осложнений, научить ряду умений и практических навыков, рассказать о пользе немедикаментозного и регулярного медикаментозного лечения гипотензивными препаратами доказанной эффективности.

Только после информирования о принципах профилактики ГБ и ее осложнений у пациентов повышается приверженность к лечению, они становятся ответственными за свое здоровье. «Структурированная программа образования» для больных ГБ на уровне ПЗЗ является идеальным и

подходящим методом повышения знаний, умений и навыков пациентов для качественного контроля и наблюдения за своим состоянием.

Среди факторов, влияющих на эффективность лечения пациентов ГБ, наряду с клиническими особенностями течения заболевания и правильностью врачебных назначений – выбор препарата, доза, режим приема и др., огромное значение имеет приверженность больных к лечению, т.е. полнота и правильность выполнения ими врачебных рекомендаций.

На следующем этапе нашего исследования мы провели сравнительный анализ динамики управляемых факторов риска у пациентов, прошедших обучение (до обучения и после через 2 года) и группы сравнения, не включенные в образовательную программу, которые приведены в табл. 2.

Таблица-2

Динамика управляемых факторов риска у пациентов, прошедших обучение согласно «Структурированной программе образования», адаптированной для условий первичного звена

Факторы риска ССЗ	Исходные данные до обучения в ШГ (n=122)		Через 2 года после обучения в ШГ (n=122)		p	χ^2
	абс	%	абс	%		
<i>Избыточное потребление поваренной соли более 5-6 г/сут</i>	10	8,1	3	2,4	p<0,001	8,34
<i>Курение</i>	13	10,6	5	4,0	p<0,001	7,95
<i>Злоупотребление алкоголем</i>	11	9,0	-	-		
<i>ОХС >5,2 ммоль/л</i>	26	21,3	13	10,6	p<0,001	11,24
<i>ТГ >2,0 ммоль/л</i>	24	19,6	14	11,4	p<0,001	8,34
<i>ХС ЛПНП >3,0 ммоль/л</i>	69	56,5	33	27,0	p<0,001	14,3
<i>ХС ЛПВП <1,0 ммоль/л</i>	42	34,4	24	19,6	p<0,001	10,32
<i>Нарушение толерантности к глюкозе</i>	12	9,8	2	1,6	p<0,001	6,92
<i>ГЛЖ</i>	83	68,0	83	68,0	p>0,05	15,52
<i>ИМТ более 25 кг м2</i>	59	48,3	41	33,6	p<0,001	11,63
<i>Малоподвижный образ жизни</i>	85	69,6	37	30,3	p<0,001	15,30

Известно, что чрезмерное употребление поваренной соли и курение являются факторами повышения АД. Как приведено в таблице-2 в основной группе пациентов после обучения в школе отмечается достоверное снижение (p<0,001) употребления поваренной соли и курения от 8,1% до 2,4%, от 10,6% до 4,0% соответственно. В группе же сравнения, эти показатели увеличились от 7,0% до 7,1%, от 9,6% до 9,8% соответственно.

Таким образом, ряд показателей других факторов риска (чрезмерное употребление спиртных напитков от 9,0% до 0%, общий холестерин от 21,3% до 10,6%, триглицериды от 19,6% до 11,4%, липопротеиды низкой плотности от 56,5% до 27%, липопротеиды высокой плотности от 34,4% до 19%, индекс массы тела от 48,3% до 33,6%, НТГ от 9,8% до 1,6%, гиподинамия от 69,6% до

30,3%, соответственно) у пациентов основной группы достоверно ($p < 0,001$) улучшились в положительную сторону. Как указано в таблице-2 гипертрофия левого желудочка у пациентов основной группы осталась без изменений.

В группе же сравнения в динамика управляемых факторов достоверно осталась без изменений.

Наряду с этим, в табл. 3 отмечены достоверные изменения в клинической картине заболевания пациентов, прошедших обучение в школе: реже стали возникать головокружение и головные боли (4,0% больных, $p < 0,001$), наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке (4,9%, $p < 0,001$). Количество пациентов страдающих ишемической болезнью сердца (стенокардия ФС-I ФС-II) 51 (41,8%), также как и имеющие нарушения ритма 14 (11,4%) не увеличилось.

Таблица 3

Изменение субъективных и объективных показателей у пациентов гипертонической болезнью за 2 года наблюдения, прошедших и не прошедших обучение в «школе гипертоников»

Клинические симптомы	Основная группа до обучения в ШГ (n=122)		Основная группа после обучения (n=122)		p	Группа сравнения исходные данные (n=114)		Через 2 года наблюдения (n=112)		p
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%	
<i>Головокружение</i>	42	34,4	5	4,0	$p < 0,001$	41	35,9	39	34,8	$p > 0,05$
<i>Головная боль</i>	91	74,5	5	4,0	$p < 0,001$	86	75,4	81	72,3	$p > 0,05$
<i>Одышка при физической нагрузке</i>	16	13,1	6	4,9	$p < 0,001$	9	7,8	9	8,0	$p > 0,05$
<i>Стенокардия напряжения отсутствует</i>	71	58,1	71	58,1	$p > 0,05$	70	61,4	62	55,3	$p > 0,05$
<i>ФК I</i>	30	24,5	33	27,0	$p > 0,05$	25	21,9	22	19,6	$p > 0,05$
<i>ФК II</i>	21	17,3	18	14,7	$p < 0,05$	19	16,6	28	25,0	$p < 0,001$
<i>Нарушения ритма сердца</i>	14	11,4	14	11,4	$p > 0,05$	15	13,1	21	18,7	$p < 0,001$

За 2 года наблюдения в группе сравнения произошло ряд изменений в клинической характеристике (табл. 3): у больных ГБ уменьшилась частота появления головной боли (с 75,4% до 72,3%); головокружения (с 35,9% до 34,8%). В тоже время отмечается увеличение числа больных со стенокардией 2 ФК (с 16,6% до 25,0%, $p < 0,001$) и нарушением ритма (с 13,1% до 18,7%, $p < 0,001$).

Известно, что лечение ГБ гипотензивными препаратами доказанной эффективности должно быть регулярным, а в некоторых случаях пожизненным. Так как, прекращение их приема приводит к резкому повышению АД. При стабильном достижении целевых уровней АД в течение года и соблюдении принципов здорового образа жизни, у пациентов имеющих низкий и средний

риск возможно уменьшение количества и дозы препаратов. В таких случаях для точности определения повторного повышения АД требуется самостоятельное амбулаторное мониторирование АД.

Пациенты 118 (96,7%), находящиеся под нашим наблюдением стали самостоятельно контролировать АД по методу самостоятельного амбулаторного дневного мониторирования АД (САДМАД) и вести дневник самоконтроля, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии, улучшало взаимоотношения между врачом и пациентом. Так, из основной группы осуществляли САДМАД (в течение 3-х дней) в количестве 8 измерений в день – 51 пациента (41,8); в количестве 6-ти измерений в день – 35 пациентов (28,6%); в количестве 4-х измерений в день – 22 пациента (18,0%), в количестве 2-х измерений в день – 10 пациентов (8,1%). Это позволило выработать тактику медикаментозных назначений, отдельно для каждого больного ГБ.

Достижение целевых уровней АД в течение 2-х лет наблюдения непосредственно связано с обучением пациентов на уровне первичного звена, согласно структурированной программе.

При анализе данных регистрации и наблюдения ЭКГ в основной группе, следует отметить, отсутствие какой-либо отрицательной динамики в изменениях интервала PQ, QRS, QT, которые могли бы свидетельствовать о побочных эффектах гипотензивной терапии. Через 2 года наблюдения в основной группе наблюдалось достоверное ($p < 0,01$) уменьшение депрессии сегмента ST (до обучения у 12 пациентов, 9,8% и после обучения у 2-х пациентов, что составляет 1,6%).

В группе сравнения через 24 месяца наблюдения в динамических показателях регистрации ЭКГ произошло достоверное ($p < 0,001$) увеличение числа пациентов с мерцательной аритмией (4 пациента, 3,5%) и депрессией сегмента ST (16 пациентов, 14,2%), суправентрикулярной (5 пациентов, 4,4%) и желудочковой экстрасистолии (7 пациентов, 6,2%). Депрессия сегмента ST свидетельствовала о наличии ишемии миокарда на фоне повышенного АД.

Таким образом, мы провели сравнительную характеристику основных результатов, полученных за 2 года наблюдения до и после обучения в «школе гипертоников».

В основной группе больных ГБ отмечается достоверное ($p < 0,001$) улучшение знаний о факторах риска ГБ (с 45,9% до 99,1%) и информированности (с 54,0% до 99,1%) пациентов о наличии у них АГ, повышение приверженности к лечению (с 71,3% до 98,3%) и медикаментозного лечения с достижением целевого уровня АД (с 11,4 до 82,7%). Течение ГБ сопровождалось достоверным снижением частоты ГК и госпитализации (с 32,7% до 3,2%, $p < 0,001$), побочных эффектов лекарственной терапии (с 31,1% до 4,0%, $p < 0,001$).

При сравнительном анализе с группой сравнения, на фоне терапии, назначенной лечащими врачами отмечалась положительная достоверная динамика: больные стали чаще контролировать АД (с 21,9% до 28,5%),

улучшился подбор адекватной медикаментозной терапии (с 10,5% до 25,8%) $p < 0,001$, хотя информированность пациентов о наличии АГ, знания пациентов об основных факторах риска ГБ, приверженность к лечению оставались низкими (66,9%; 33,9%; 22,3% соответственно), а уменьшение числа ГК было недостоверным (33,0% против 36,8%, $p > 0,05$).

Все вышеперечисленное достоверно ($p < 0,001$) повлияло на клинические исходы пациентов, прошедших и не прошедших обучение в «школе гипертоников». В основной группе стабилизация общего состояния (отсутствие обострений) произошла в 96,7% (118) случаев, целевые уровни АД достигнуты у 82,7% (101) больных. Гипертонические кризы повторялись только в 3,2% (4) случаев, преимущественно у пациентов ГБ III стадии.

Таким образом, обучение в больных ГБ «школе гипертоников» оказывало положительное воздействие на их психологическое состояние. Самостоятельный мониторинг АД в домашних условиях способствовал адекватному подбору гипотензивной терапии, оценке ее эффективности и улучшению приверженности больных ГБ к лечению.

В группе пациентов, не прошедших обучение, длительно протекающая АГ (в среднем $8,9 \pm 0,48$ лет) и нерегулярный прием гипотензивных препаратов, наряду с наличием управляемых и неуправляемых факторов риска играли существенную роль в прогрессировании течения заболевания. Так, у больных ГБ II и ГБ III стадии отмечалось, хотя и не достоверное, ухудшение состояния, за счет увеличения частоты обострений заболевания. В среднем с 2-х до 3-х раз в году у 37 (33,0%) пациентов; развития ИМ у 5 (4,4%), инсультов у 4 (3,5%) больных ГБ, что способствовало формированию клинических исходов через 24 мес. наблюдения. У двоих пациентов наступил летальный исход как результат развития острого распространенного ИМ на фоне ГК.

В четвертой главе диссертации представлен алгоритм электронной программы персональной тактики динамического наблюдения за больными ГБ с подробным изложением причин её создания, возможности и положительные стороны использования передовых технологий на уровне первичного звена здравоохранения.

Согласно полученным результатам нашего исследования (ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов ГБ, находящихся на диспансерном наблюдении, проведение опроса ВОП по тактике ведения и лечения больных ГБ, обучение и анкетирование больных ГБ), врачи первичного звена проводят диспансерное наблюдение за пациентами ГБ, не соблюдая регулярности и длительности их оздоровления. То есть, не ведется углубленный мониторинг управляемых факторов риска ССЗ, следовательно, и их коррекция. Динамический контроль необходимых лабораторно-инструментальных исследований с целью определения глубины ПОМ, их лечение и реабилитация имеет эпизодический характер. АКС выявляются несвоевременно, не проводится их реабилитация.

Таким образом, ныне существующая система диспансеризации населения в условиях СП/СВП не позволяет в достаточной степени подойти индивидуально

к каждому пациенту с учетом его личностных характеристик, имеющихся факторов риска, ПОМ и АКС. Что, в свою очередь, ухудшает качество проведения лечения и реабилитации больных в условиях первичного звена. Возможно, это связано с отсутствием методических и компьютеризированных программ в условиях СП/СВП, направленных на оздоровление населения, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе и ГБ. Внедрение передовых инновационных технологий, дают возможность создать программу динамического наблюдения за больными ГБ и намного облегчают проведение лечебно-профилактических мероприятий в условиях СП/СВП. Они могут позволить определять ведущие факторы риска ССЗ у каждого пациента, индивидуально проводить их коррекцию и мониторинг. С помощью таких программ пациенты, имеющие ПОМ и АКС, выявляются на ранней стадии их развития, что позволяет проводить адекватное лечение.

Всё это побудило нас усовершенствовать и разработать алгоритм электронной программы персональной тактики динамического наблюдения больных ГБ в условиях первичного звена.

Система электронного динамического наблюдения в условиях СП/СВП не требует больших экономических затрат, коммуникабельна, проста в своем исполнении, экономит время и облегчает практическую деятельность врачей первичного звена, а самое главное позволяет соблюдать конфиденциальность информации и накопленную базу данных каждого пациента.

Кроме того, электронная программа динамического наблюдения сконцентрирована на самом пациенте. При помощи математического расчета набранных баллов облегчает проведение мониторинга уровней АД, управляемых факторов риска, основных биохимических показателей крови (холестерина, глюкозы, креатинина), ПОМ, подбор наиболее подходящих гипотензивных препаратов или их комбинацию для конкретного пациента и улучшает приверженность к выполнению врачебных назначений.

С целью реализации данной работы и создания электронной программы были разработаны технические задания согласно современному языку программирования Borland Delphi и MySQL с использованием информации из базы данных Server 5+. Она нацелена для работы не только на персональном компьютере, но и для работы в СП/СВП посредством локальной сети. Для этого на персональном компьютере должна быть установлена программа вышеуказанной информационной базы MySQL 5+. Вся собранная информация постоянно сохраняется в базе данных данной программы, с помощью которой возможен ее просмотр.

Таким образом, имеются лицензия программного обеспечения, номер серии для защиты авторского права и активизированные коды. Программа обладает интерфейсом для удобства и понимания пользователей. Для этого созданы места для администратора, главного врача и ВОП, в систему они входят при помощи логина и пароля и всю необходимую информацию о больном вносят в установленные формы на основе требований программы. Вся информация сохраняется в сервере компьютера. Одновременно несколько

пользователей, то есть обмен информацией ВОП посредством сети сохраняется в сервере, заново обрабатывается и архивируется. Для осуществления безопасности собранной информации всех пользователей программное обеспечение создает возможность войти в базу данных посредством аутентификации логина и пароля.

Запускается программа, установленная в папке «QVP» exe

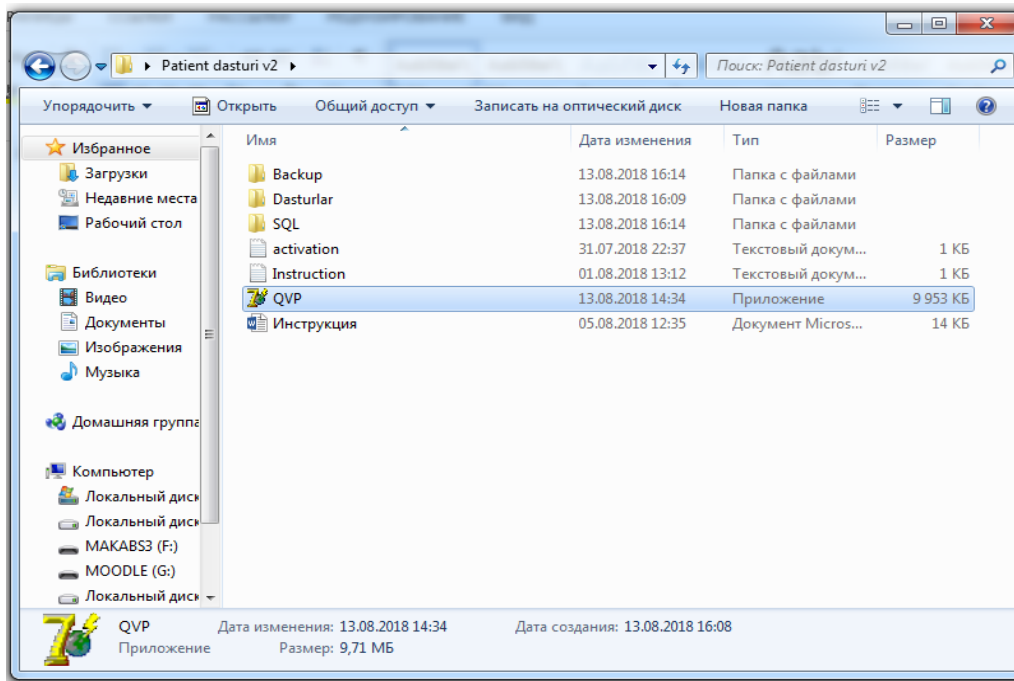


Рис. 1. Папка, где установлена программа и ее части.

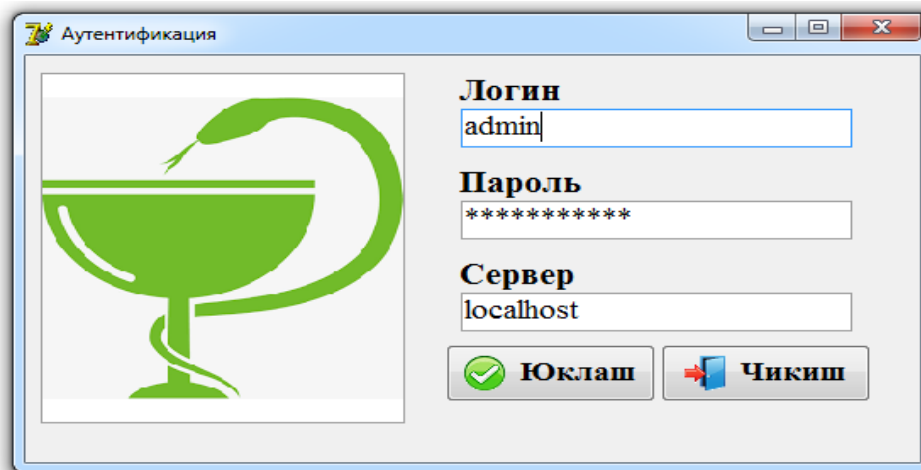



Рис. 2. Окно для вхождения в программу.

Вставление должности и роли пользователей программы осуществляется нажатием на кнопку «Добавить». Внесенные данные сохраняются. Для этого необходимо нажать на кнопку . Далее с помощью нажатия на «Пользователи и сотрудники» открывается окно Логин и Пароль для главного врача и ВОП. Нажатием на кнопку «Добавить» регистрируются пользователи. Также происходит регистрация врача.

еще

Пользователи и сотрудники

Матрица планирования групповых уч. занятий бу. орга. ташланг

ID	Пользователь				Сотрудники				
	Логин	Пароль	Статус	Дата акти	Фамилия	Имя	Отчество	Номер телефона	Должность
x	gyrach	***	Гл. врач	13.08.2018	Familya11	Ismi11	Sharifi11	1234514	Главный врач
13	vor10	***	User	13.08.2018	Familya10	Ismi10	Sharifi10	3321141	Врач общей пр
12	vor9	***	User	13.08.2018	Familya9	Ismi9	Sharifi9	1112232	Врач общей пр
11	vor8	***	User	13.08.2018	Familya8	Ismi8	Sharifi8	3322112	Врач общей пр
10	vor7	***	User	13.08.2018	Familya7	Ismi7	Sharifi7	1112223	Врач общей пр
9	vor6	***	User	13.08.2018	Familya6	Ismi6	Sharifi6	2141214	Врач общей пр
8	vor5	***	User	13.08.2018	Familya5	Ismi5	Sharifi5	3621412	Врач общей пр
7	vor4	***	User	13.08.2018	Familya4	Ismi4	Sharifi4	2141141	Врач общей пр
6	vor3	***	User	13.08.2018	Familya3	Ismi3	Sharifi3	2211223	Врач общей пр
5	vor2	***	User	13.08.2018	Familya2	Ismi2	Sharifi2	1112233	Врач общей пр
4	vor1	***	User	13.08.2018	Familya1	Ismi1	Sharifi1	1234567	Врач общей пр
3	admin	*****	Гл. врач	31.07.2018	admin	admin	admin		Главный врач

Добавить Редактировать Печать Удалить Выход

Должность

Рис. 3. Регистрация врачей.

Далее необходима регистрация больных ГБ, для этого каждый ВОП при помощи своего логина и пароля входит в программу и регистрирует пациентов. В установленном порядке заносятся данные согласно формы регистрации для внесения информации о каждом пациенте. После регистрации пациентов и проведения опросника нажатием на кнопку «Анализ» можно войти в базу данных и выбрать результаты необходимого пациента.

Алгоритмическая электронная программа определения персональной тактики динамического наблюдения больных артериальной гипертензией в условиях первичного звена здравоохранения

1. Возраст и пол пациента

- мужчина до 55 лет... **0 – балл** после 55 лет... **1 – балл**
- женщина до 65 лет... **0 – балл** после 65 лет... **1 – балл**

2. Величина пульсового артериального давления (АД)

- у пожилых (65 лет и более...) величина пульсового АД не нарушена ... **0 – балл**
- у пожилых (65 лет и более...) величина пульсового АД нарушена... **1 – балл**

3. Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)

- у мужчин < 55 лет... нет... **0 – балл** есть... **1 – балл**
- у женщин < 65 лет ...нет... **0 – балл** есть... **1 – балл**

4. Давность анамнеза (заболевания)

- до 5-ти лет... **1 – балл**
- от 5-ти до 10-ти лет... **2 – балла**
- более 10-ти лет... **3 – балла**

5. Курение и/или употребление «насвая»

- не имеется... **0 – балл**

- имеется... **1 – балл**

6. Абдоминальное ожирение (АО)

- не имеется... **0 – балл**
- окружность талии у мужчин > 102 см... **1 – балл**
- окружность талии у женщин > 88 см... **1 – балл**

7. Дислипидемия (ДЛП)

- общий холестерин ... $< 5,0$ ммоль/л ... **0 – балл**
- общий холестерин ... $> 5,0$ ммоль/л (190 мг/дл)... **1 – балл**

8. Глюкоза плазмы натощак

- менее 5,6 ммоль/л ... **0 – балл**
- от 5,6 до 6,9 ммоль/л (102-125 мг/дл)... **1 – балл**

9. Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ)

- не имеется... **0 – балл**
- имеется: натощак $< 6,1$ ммоль/л, через 2 часа после ТТГ 7,8-11,1 ммоль/л... **1 – балл**

10. Поражение органов-мишеней (ПОМ)

- не имеется... **0 – балл**
- ЭКГ (ЭХОКГ) признаки гипертрофии левого желудочка ... **2 – балла**
- небольшое повышение сывороточного креатинина:

для мужчин... 115-133 мкмоль/л (1,3-1,5 мг/дл)... **2 – балла**

для женщин... 107-124 мкмоль/л (1,2-1,4 мг/дл)... **2 – балла**

- микроальбуминурия (МАУ) – 30-300 мг/сут... **2 – балла**

11. Наличие сахарного диабета (СД)

- не имеется... **0 – балл**
- глюкоза плазмы натощак... $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) при повторном измерении... **3 – балла**

12. Наличие ассоциированных клинических состояний (АКС)

- не имеется... **0 – балл**
- мозговой инсульт, транзиторные ишемические атаки... **3 – балла**
- инфаркт миокарда, стенокардия, коронарная реваскуляризация, ХСН... **3 – балла**

3 – балла

- диабетическая нефропатия, почечная недостаточность (сывороточный креатинин >133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) для мужчин и >124 мкмоль/л (1,4 мг/дл) для женщин)... **3 – балла**

- расслаивающая аневризма аорты, симптомное поражение периферических артерий... **3 – балла**

- гипертоническая ангиопатия (кровоизлияния или экссудаты; отек соска зрительного нерва)... **3 – балла**

13. Наличие приверженности к немедикаментозной коррекции

- да, регулярно ... **0 – балл** да, нерегулярно... **1 – балл** нет... **2 – балла**

14. Наличие приверженности к медикаментозному лечению

- да, регулярно ... **0 – балл** да, нерегулярно... **1 – балл** нет... **2 – балла**

15. Итого набранных баллов: _____

Интерпретация полученных результатов:

1. До 5-ти баллов (1-й уровень) – профилактическое консультирование 1 раз в текущем году и коррекция выявленных управляемых факторов риска, при необходимости назначение медикаментозного лечения.

2. От 5-ти до 10-ти баллов (2-й уровень) – углубленное профилактическое консультирование 2 раза в текущем году, коррекция выявленных управляемых факторов риска и назначение регулярного медикаментозного лечения. При необходимости консультация узких специалистов (невропатолога, окулиста, кардиолога и др.).

3. От 10-ти до 15-ти баллов (3-й уровень) – углубленное индивидуальное и групповое консультирование (школа здоровья) 3-4 раза в текущем году, коррекция выявленных управляемых факторов риска и назначение регулярного медикаментозного лечения. По показаниям консультация, лечение и реабилитация узких специалистов (невропатолога, окулиста, кардиолога и др.).

4. 15 и более баллов (4-й уровень) – углубленное индивидуальное и групповое консультирование (школа здоровья) не менее 4-х раз в текущем году, коррекция выявленных управляемых факторов риска и назначение регулярного медикаментозного лечения. По показаниям консультация, лечение и реабилитация узких специалистов (невропатолога, окулиста, кардиолога и др.).

Расчеты набранных баллов согласно выявленным критериям

Дата «__» _____ 201__ год

Критерий	1-й уровень (4 балла)	2-й уровень (9 баллов)	3-й уровень (14 баллов)	4-й уровень (15 и более баллов)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
Итого:				
Расчет/риск	Минимальный	Средний	Высокий	Максимальный
Персональная тактика наблюдения	1 раз в текущем году	2 раза в текущем году	3-4 раза в текущем году	Более 4-х раз в текущем году

Анализ

ПАЦИЕНТ: **Выбор** Камалов Камал Камалович

1 2 **Вывод**

ОПРОС	
Вопрос №1	0
Вопрос №2	0
Вопрос №3	2
Вопрос №4	1
Вопрос №5	0
Вопрос №6	1
Вопрос №7	0
Вопрос №8	1
Вопрос №9	1
Вопрос №10	2
Вопрос №11	0
Вопрос №12	3
Вопрос №13	0
Вопрос №14	0
ИТОГО	
Итого	11
ДАТА	20.08.2013

ВЫВОД: риска и назначение регулярно

Рис. 4. Осуществление данного процесса на практике.

Расчёты набранных баллов согласно выявленным критериям

20.08.2013

Ф.И.О. пациента: Камалов Камал Камалович
 Место работы: Сфера услуги
 Должность: Таксист Дата рождения: 13.08.1967

Врач: Familiyal Ismil Sharif1

Критерий	1-й уровень (4 балла)	2-й уровень (9 баллов)	3-й уровень (14 баллов)	4-й уровень (15 и более баллов)
1			0	
2			0	
3			2	
4			1	
5			0	
6			1	
7			0	
8			1	
9			1	
10			2	
11			0	
12			3	
13			0	
14			0	
ИТОГО			11	
Расчет/риск	Минимальный	Средний	Высокий	Максимальный
Персональная тактика динамического наблюдения	1 раз в текущем году	2 раз в текущем году	3-4 раз в текущем году	Не менее 4-х раз в текущем году и по мере необходимости

Рис. 5. Анализ полученных результатов больных ГБ.

В программе имеется роль администратора, главного врача и ВОП. С помощью администратора (admin) возможно управление всей программой, сохранение данных в сервере и техническая поддержка. Главный врач (gvrach) имеет возможность заносить список и общие данные о всех ВОП, а также он имеет доступ к просмотру данных всех зарегистрированных больных ГБ. В программе каждый ВОП (vor1) может заносить и сохранять информацию только о своих пациентах. Собранная информация об осмотре пациентов выходит в виде отчета, где указана дата проведения анализа, данные о пациенте, сколько раз был на приеме, при помощи которой создается возможность сравнивать выявленные показатели. Кроме того, отчеты возможно хранить в PDF формате и распечатывать на принтере.

В результате такого подхода создается возможность регулярного выявления серьезных изменений в состоянии здоровья больных ГБ на ранних стадиях их развития и причины неадекватного контроля заболевания. Что, в свою очередь, повышает эффективность профилактики и лечения ГБ на уровне первичного звена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе проведенных исследований по диссертации на тему **«Повышение эффективности профилактики и лечения гипертонической болезни на уровне первичного звена здравоохранения»** могут быть сделаны следующие выводы:

1. Ретроспективный анализ амбулаторных карт показал, врачи сельских врачебных пунктов и семейных поликлиник назначают гипотензивные препараты, не включенные в стандарты лечения АГ (43,4%; 38,8% соответственно) короткими курсами (82%; 35,1% соответственно). Не всегда соблюдают принципы немедикаментозной коррекции в лечении ГБ. Так, рекомендации по ограничению поваренной соли врачи назначали в СВП - 31,5% и в СП - 64,8%; советы по питанию - 42,2% и 57,4%; назначение дозированных физических нагрузок - 39,8% и 68,5% соответственно.

2. Анкетный опрос больных основной группы до обучения (n=122) показал низкую информированность о значении и роли факторов риска АГ - 45,9%, регулярности приема гипотензивных препаратов с достижением целевых уровней АД - 11,4% и осведомленности об основных принципах самоконтроля уровня АД (51,6%).

3. Обучение пациентов в «школе гипертоников» привело к достоверному увеличению числа больных ГБ с постоянным самоконтролем АД, что определяется по сравнению с контрольной группой (96,7%; 21,9%); в основной группе отмечается достоверное увеличение ($p < 0,001$) числа больных с регулярным приемом гипотензивных препаратов доказанной эффективности (98,3%).

4. Мотивируя к соблюдению немедикаментозной коррекции и медикаментозного лечения больных ГБ основной группы достоверно улучшились показатели гипертрофии левого желудочка ($p > 0,05$), общего холестерина,

триглицеридов, липопротеидов низкой ($p < 0,001$) и высокой ($p < 0,001$) плотности, нарушение толерантности к глюкозе ($p < 0,001$).

5. Создан алгоритм электронной программы персонального динамического наблюдения за больными ГБ на основании полученных показателей анамнеза, антропометрии и лабораторно-инструментальных исследований (ЭКГ, офтальмоскопии, холестерина, сахара и креатинина крови), которые доступны и легко выполнимы в условиях первичного звена.

6. Использование данной алгоритмической электронной программы персональной тактики динамического наблюдения за больными ГБ в условиях первичного звена позволит выявлять риск осложнений заболевания на ранних стадиях их развития и проводить соответствующее (адекватное) лечение. Это в свою очередь, улучшит качество и увеличит продолжительность жизни больных ГБ, уменьшая показатели инвалидности и преждевременной смертности населения.

**SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING
THE SCIENTIFIC DEGREES DSc.27.06.2017.Tib.30.02
AT THE TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

GULYAMOVA SHAHZADA SAYPIDDINOVNA

**STRENGTHENING THE PREVENTION AND TREATMENT
OF HYPERTENSION IN PRIMARY HEALTHCARE**

14.00.05 - Internal Diseases

**DISSERTATION ABSTRACT
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2018

The subject of doctoral dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number B2017.1.PhD/Tib27.

Doctoral dissertation was carried out in Tashkent Medical Academy.

The abstract of the dissertation in two languages (Uzbek, Russian) is placed on the web page of Scientific council (www.tma.uz) and on information-education portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific leader: **Gadaev Abdigaffar Gadaevich**
Doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Nurillaeva Nargisa Muhtarhanovna**
Doctor of medical sciences, docent

Zahidova Mashkura Ziyamatovna
Doctor of medical sciences, Professor

Leading organization: **Andigan state medical institute**

Defense will take place «__» _____ 2018 at _____ at the meeting of Scientific Council 27.06.2017.Tib.30.02 at the Tashkent Medical Academy at adress: (Address: 100109, Tashkent, Faraby, 2. Tel./Fax: (99871)150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

Doctoral (PhD) dissertation is registered in Informational-resource centre of Tashkent medical academy, registration number № _____, The text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: (Adress: 100109, Tashkent, Faraby, 2. Tel./Fax: (99871)150 -78-14).

Abstract of dissertation sent out on «__» _____ 2018 year.

(mailing report № _____ on «__» _____ 2018 year).

A. L. Alyavi

Chairman of the Scientific council awarding of scientific degrees, Doctor of medical sciences, professor, academician of AS RUz

B. H. Shagzatova

Secretary of the Scientific council awarding scientific degrees, Doctor of medical sciences, professor

L.T. Daminova

Chairman of the Scientific seminar under the one-time Scientific council awarding scientific degrees, Doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

Purpose of the study. Evaluation of the effectiveness of a structured training program and the development of an algorithm for dynamic monitoring of patients with hypertension in a primary health care setting.

Objectives of the study:

to study the tactics of hypertensive patients and to evaluate the current treatment in conditions of JV/SVP;

to study AH (Arterial hypertensive) patients to comply with non-pharmacological and medicinal recommendations in conditions of JV/SVP;

to develop a structured program and methods for training hypertensive patients, adapted for conducting information interventions at the level of primary health care;

to create an algorithm for an electronic program of personal tactics for dynamic monitoring of hypertensive patients by a general practitioner in a primary health care setting;

to conduct a comparative analysis of the (main and comparison groups) results of preventive and therapeutic interventions before and after 2 years of observation.

Object of the study: 156 GP-listeners who received training and retraining at 1, 3, 4 TMA training centers, 236 hypertensive patients, who were on dispensary observation in the JV/SVP.

Scientific novelty of the study:

for the first time in the JV/SVP, an educational program of active preventive interventions with the participation of schools for patients with hypertension is being introduced;

first developed, designed and approved by a structured program and training hypertensive patients, adapted for primary health care conditions;

an algorithm was developed for an electronic program of personal tactics of dynamic monitoring of hypertensive patients by a general practitioner in a primary health care setting.

The results of the study. All of the above is reliably ($p < 0.001$) affected the clinical outcomes of patients who have passed and not passed training in the "school of hypertension." In the main group, the stabilization of the general condition (absence of exacerbations) occurred in 96.7% (118) of cases, target BP levels were achieved in 82.7% (101) patients. Hypertensive crises were repeated only in 3.2% (4) cases, mainly in patients with stage III hypertension.

Thus, training in patients with hypertension "school of hypertensives" had a positive impact on their psychological state. Independent monitoring of blood pressure at home helped to adequately select hypotensive therapy, evaluate its effectiveness and improve the adherence of patients with hypertension to treatment.

In the group of patients who did not receive training, long-term AH (an average of 8.9 ± 0.48 years) and irregular intake of antihypertensive drugs, along with the presence of controlled and uncontrolled risk factors played a significant role in the progression of the disease course. Thus, in patients with hypertension II and hypertension III stage, a worsening of the condition, although not reliable, was observed, due to an increase in the frequency of exacerbations of the disease. On

average, from 2 to 3 times per year in 37 (33.0%) patients; development of myocardial infarction in 5 (4.4%), strokes in 4 (3.5%) patients with hypertension, that contributed to the formation of clinical outcomes after 24 months of observation. Two patients had a lethal outcome as a result of the development of acute myocardial infarction on the background of HA.

The practical results of the study are as follows:

the results of the study indicate a low awareness of AH patients about the role of risk factors in the formation and progression of this disease. This is the prerequisite for the development and implementation of a structured training program adapted to the primary health care system;

implementation of research results in the practical activities of GPs aimed at primary and secondary prevention of AH, contributes to reducing the risk of the formation and progression of the disease;

involvement of patients with AH in training and developing skills to combat controlled risk factors for CVD, self-management and self-help in case of acute BP increase raises the patient's responsibility for his/her health;

implementation of the algorithm of the electronic program of personal tactics of dynamic monitoring of patients with hypertension in the conditions of JV/SVP makes it possible to achieve target levels of BP and to prevent serious complications of the disease, thereby creating an opportunity to improve the quality and increase the life expectancy of patients.

Scope: family health centers and rural health centers.

Structure and volume of the dissertation: The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusion, a list of used literature and appendixes. The volume of the thesis is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С. Принципы организации и функционирования «школы гипертоников» в семейных поликлиниках и сельских врачебных пунктах // Кардиология Узбекистана. – Ташкент, 2007. - № 1. – С. 24-26. (14.00.00; №10).

2. Гулямова Ш.С. Анализ назначения гипотензивных препаратов врачами общей практики в сельских врачебных пунктах // Кардиология Узбекистана. – Ташкент. 2010. - № 1 (15). – С. 73-75. (14.00.00; №10).

3. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С., Мухитдинова Р.Ф. Влияние информирования пациентов на течение артериальной гипертонии в амбулаторных условиях // Кардиология Узбекистана. – Ташкент. 2010. - № 1 (15). – С. 75-78. (14.00.00; №10).

4. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С., Рашидова М.А. Роль семейного врача в повышении качества профилактики артериальной гипертонии // Кардиология Узбекистана. – Ташкент. 2011. - № 3. С. 47-50. (14.00.00; №10)

5. Гулямова Ш.С. Влияние осведомленности и информирования пациентов гипертонической болезнью на клинические исходы // Кардиология Узбекистана. – Ташкент. 2011. - № 3-4. С. 134-138. (14.00.00; №10)

6. Гулямова Ш.С. Эффективный контроль гипертонической болезни путем обучения пациентов на уровне первичного звена здравоохранения // Кардиология Узбекистана. – Ташкент. 2012. - № 1-2. С.93-97. (14.00.00; №10)

7. Гулямова Ш.С. Внедрение обучающих технологий на амбулаторном этапе как обеспечение качества профилактики заболеваний // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент. 2012. - № 1. С. 61-65. (14.00.00; №8)

8. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С. Оценка эффективности работы «школы гипертоников» на уровне первичного звена здравоохранения // Профилактическая медицина. – Москва. 2012. - № 3. С. 7-15. (14.00.00; 01.07.2017 йил. №168)

9. Гулямова Ш.С. Повышение качества профилактики гипертонической болезни при системном подходе к использованию ресурсов первичного звена // Вестник ТМА. – Ташкент. 2016.- № 2.- С. 61-67. (14.00.00; №13)

II бўлим (II часть; II part)

10. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С., Мухитдинова Р.Ф. Результаты обучения врачей общей практики принципам немедикаментозного лечения и профилактики АГ// Сборник тезисов Респуб. Конф. – Ташкент. 2007. – С. 19.

11. Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г. Оценка эффективности работы «школы гипертоников» на уровне первичного звена здравоохранения // V съезд терапевтов Узб. – Ташкент. 2008. – С. 61-62.

12. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С. Гипотензивные препараты, назначаемые врачами общей практики на уровне первичного звена здравоохранения // ВНОК «Российский национальный конгресс кардиологов», Повышение качества и доступности кардиологической помощи, Москва, 2008, 7 (6) – 79.

13. Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г. Анализ длительности лечения гипотензивными препаратами больных артериальной гипертензии в сельских врачебных пунктах // ВНОК «Российский национальный конгресс кардиологов», Повышение качества и доступности кардиологической помощи, Москва, 2008, 7 (6) – 108.

14. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С. Обучение в школах гипертоников как один из основных методов повышающий приверженность пациентов к лечению // Кардиология Узбекистана – Ташкент. 2010. - № 2 – 3 (17). С. 144-145.

15. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С. Управлять гипертензией можно и нужно // Практическое пособие для врачей общей практики к занятиям в «школе гипертоников». - Ташкент. 2011. 135 стр.

16. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С. Роль обучения пациентов в формировании приверженности к лечению гипертонической болезни // Терапевтический вестник Узбекистана. – Ташкент. 2011. - № 2-3. С. 60.

17. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С., Рашидова М.А. Влияние образовательного уровня пациентов на динамику факторов риска артериальной гипертензии // Терапевтический вестник Узбекистана – Ташкент. 2011. - № 2-3. – С. 61.

18. Гулямова Ш.С. Влияние приверженности пациентов к лечению на симптомы и течение гипертонической болезни // Терапевтический вестник Узбекистана – Ташкент. 2011. - № 2-3. – С. 61-62.

19. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С. Оценка влияния факторов риска гипертонической болезни на развитие и прогрессирование заболевания // Кардиология Узбекистана.- Ташкент.- 2012.- № 1-2. С. 184.

20. Гулямова Ш.С., Мухитдинова Р.Ф. Повышение образовательного уровня пациентов в профилактике артериальной гипертензии // Кардиология Узбекистана.- Ташкент.- 2012.- № 1-2. С. 191.

21. Гулямова Ш.С. Роль первичного звена здравоохранения в осуществлении профилактической деятельности // Кардиология Узбекистана.- Ташкент.- 2012.- № 1-2. С. 191-192.

22. Гадаев А.Г., Гулямова Ш.С., Худайберганаева Н.Х. Эффективная профилактика АГ путем организации «школы гипертоников» на уровне первичного звена здравоохранения // Вестник мед. Центра Казахстана. Астана. 2014.- № 3 (56).- С. 14-26.

23. Гулямова Ш.С., Гадаев А.Г., Муминова Н.А. Повышение образовательного уровня пациентов в профилактике АГ // Вестник мед. Центра Казахстана. Астана. 2014.- № 4 (57).- С. 16-20.

24. Гулямова Ш.С., Худайберганаева Н.Х. Повышение эффективности вторичной профилактики ГБ на уровне первичного звена здравоохранения // Тер. Вестник Узб.- Ташкент.- 2015. № 3.- С. 30.

25. Гулямова Ш.С., Худайберганаева Н.Х. Структурированная программа для обучения пациентов ГБ // Тер. Вестник Узб.- Ташкент.- 2015. № 3.- С. 30.

26. Гулямова Ш.С., Худайберганаева Н.Х. Достижение приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.- Бишкек.- 2015. № 3 (2).- С. 87.

27. Гулямова Ш.С., Худайберганаева Н.Х. Структурированная программа для обучения пациентов ГБ // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.- Бишкек.- 2015. № 3 (2).- С. 88-89.

28. Гулямова Ш.С. Повышение эффективности профилактики и диспансеризации артериальной гипертензии путем группового обучения пациентов в поликлинических условиях // Сборник мат. IY Респ. Научн. практ. конф. «Улучшение качества оказания медицинских услуг в первичном звене здравоохранения» – Ташкент.- 2017.- С. 84-85.

29. Гулямова Ш.С. Оценка влияния факторов риска артериальной гипертензии на развитие и прогрессирование заболевания // Сборник мат. IY Респ. Научн. практ. конф. «Улучшение качества оказания медицинских услуг в первичном звене здравоохранения» – Ташкент.- 2017.- С. 85-86.

30. Гулямова Ш.С., Салаева М.С., Бабаев А.Т. Оценка эффективности работы «школы гипертоников» на уровне первичного звена здравоохранения //Тезисы докладов. VIII междунар. Конгресса Кардиология на перекрестке наук. – Тюмень.- 2017.- С. С. 83-85.

31. Гулямова Ш.С. Оценка влияния факторов риска гипертонической болезни на развитие и прогрессирование заболевания //Тезисы докладов. VIII междунар. Конгресса Кардиология на перекрестке наук. – Тюмень.- 2017.- С. 86-87.

32. Гулямова Ш.С. Достижение приверженности пациентов к регулярному приему антигипертензивных препаратов // Кардиология Узбекистана. – Ташкент.- 2017. - № 2 (44).- С. 74-75.

33. Гулямова Ш.С. Обучение пациентов гипертонической болезнью навыкам регулярного самоконтроля с достижением и поддержанием целевых уровней артериального давления // Кардиология Узбекистана. – Ташкент.- 2017. - № 2 (44).- С. 75.

34. Гулямова Ш.С. Структурированная программа обучения пациентов страдающих артериальной гипертензией в условиях семейной поликлиники и сельского врачебного пункта// Кардиология Узбекистана. – Ташкент.- 2017. - № 2 (44).- С. 76.

35. Свидетельство от 24.08.2018 г. (№ DGU 05595) об официальной регистрации алгоритма электронной программы персонального динамического наблюдения за больными ГБ в условиях первичного звена здравоохранения.

Автореферат «Ўзбекистон тиббиёт журнали» таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди (17.10.2018 йил).

Босишга рухсат этилди: 01.11.2018 йил.
Бичими 60x84 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 4. Адади: 100. Буюртма: № 318.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси,
100197, Тошкент, Интизор кўчаси, 68.

«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди.